

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

IMPACTO DAS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO NOS
DOENTES INTERNADOS NUMA UNIDADE DE MÉDIA
DURAÇÃO E REABILITAÇÃO – ANTES E APÓS

Dissertação de mestrado

Daniela Gomes Fernandes

Porto, 2017

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação

IMPACTO DAS INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE
REABILITAÇÃO NOS DOENTES INTERNADOS NUMA UNIDADE DE MÉDIA DURAÇÃO E
REABILITAÇÃO – ANTES E APÓS

IMPACT OF THE INTERVENTIONS OF THE SPECIALIST NURSE IN REHABILITATION NURSING IN THE
PATIENTS HOSPITALIZED IN A SHORT TERM CARE – BEFORE AND AFTER

Dissertação orientada pela

Prof.^a Doutora Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Co-orientada pela

Mestre Andreia Maria Novo Lima

Daniela Gomes Fernandes

Porto, 2017

“Nunca te detenhas!

*Tem sempre presente que a pele vai ficando enrugada,
Que o cabelo se torna branco,
Que os dias vão-se convertendo em anos,
Mas o mais importante não muda!
A tua força interior e as tuas convicções não têm idade.
O teu espírito é o espanador de qualquer teia de aranha.
Atrás de cada linha de chegada, há uma de partida.
Atrás de cada triunfo, há outro desafio.
Enquanto estiveres vivo, sente-te vivo.
Se sentes saudades do que fazias, torna a fazê-lo.
Não vivas de fotografias amareladas.
Continua, apesar de alguns esperarem que abandones.
Não deixes que se enferruje o ferro que há em ti.
Faz com que, em vez de pena, as pessoas sintam respeito por ti,
Quando pelos anos, não consigas correr, trota.
Quando não puderes trotar, caminha.
Quando não puderes caminhar, usa bengala.
Mas nunca te detenhas!”*

Madre Teresa de Calcutá

AGRADECIMENTOS

As palavras são sempre insuficientes quando pretendemos dizer o que nos vai na alma... Assim agradeço, em primeiro lugar, aos meus pais, dedico este trabalho e mensagem, a vocês, que estiveram sempre presentes em todos os momentos. Agradeço incondicionalmente o vosso colo e a vossa voz de conforto. Agradeço por confiarem e acreditarem nas minhas capacidades. Vocês serão sempre para mim o melhor da minha vida.

À Patrícia, por me apoiar em todos os momentos e por estar sempre ao meu lado.

À minha orientadora, Professora Doutora Manuela Martins, que me guiou nesta caminhada, acreditou em mim, e neste estudo, pela sua prontidão e disponibilidade, sabedoria, rigor e amizade.

Aos meus avós, que estão sempre disponíveis para mim e estão sempre no meu coração.

À Marta, à Sendim, ao André, à Sílvia, que com a sua ajuda, carinho e amizade contribuíram para a realização deste trabalho.

Aos doentes, que são a razão da enfermagem e que nos surpreendem a cada dia.

A todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a realização desta dissertação.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD – Atividades Básicas de Vida Diária

AC – Autocuidado

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Entidade Coordenadora Local

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte dos Cuidados Paliativos

ECR – Entidade Coordenadora Regional

EEER – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

EGA – Equipa de Gestão de Altas

EUA – Estados Unidos da América

FM – Força Muscular

MRC – Medical Research Council

NIHSS – National Institutes of Health Stroke Scale

nº - número

OE – Ordem dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

UC – Unidade de Convalescença

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

UMDR – Unidade de Média Duração e Reabilitação

ULDm – Unidade de Longa Duração e Manutenção

RESUMO

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no modelo de cuidados integrais e integrados dos serviços e instituições da Rede Nacional de Cuidados Continuados, desempenha um papel pivô na equipa multidisciplinar, determinante no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes, no seu ambiente familiar, potenciando o seu desenvolvimento.

Centrado no paradigma quantitativo, efetuou-se o presente estudo, tendo sido construído um instrumento de recolha de dados e um programa de reabilitação respeitando as necessidades e o prognóstico funcional de cada utente individualmente, com incidência no autocuidado, no fortalecimento muscular e mobilização articular, no treino de equilíbrio e marcha e no treino propriocetivo. É também considerado um estudo descritivo, dado que procura descrever a capacidade dos idosos internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação para o autocuidado, em dois momentos de avaliação, antes e após três meses da execução do programa de intervenção de enfermagem de reabilitação.

A amostra é constituída por 15 idosos em programa de reabilitação que aceitaram participar no estudo, os dados foram recolhidos através da aplicação de um formulário. Das variáveis controladas no estudo fazem parte a força muscular, a sensibilidade, a dependência no autocuidado, o equilíbrio e o risco de quedas, com recurso a escalas validadas para a população portuguesa.

Os resultados obtidos mostram que, os participantes são maioritariamente idosos, do sexo feminino, com diagnóstico principal cerebrovascular. A função motora e a atividade física são domínios em que se verificam maiores percentagens de dependência total e/ou necessitam de ajuda. Os resultados do presente estudo revelam diferenças estatisticamente significativas e evolução favorável da independência dos idosos internados após a intervenção do enfermeiro de reabilitação e a implementação do programa de reabilitação quando comparados os dois momentos de avaliação, como corroboram os resultados da média inicial de 40 no score total do Índice de Barthel e posteriormente de 85.

O presente estudo demonstrou que os cuidados de enfermagem de reabilitação poderão traduzir-se em ganhos em saúde na medida em que permitem maior autonomia e independência nas atividades de vida diária e maior independência funcional. Este estudo demonstra a importância do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros de reabilitação e a indiscutível necessidade destes nas Unidades de Média Duração e Reabilitação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, por via dos ganhos em saúde e dos cuidados diferenciados e significativos que prestam ao utente na reconstrução da autonomia da pessoa com dependência no autocuidado.

Palavras-chave: Enfermagem, Reabilitação, Intervenções, Independência.

ABSTRACT

The Rehabilitation Nurse, in the model of integral and integrated services and institutions of the Integrated Continuing Care Nacional Network, plays a pivotal role in the multidisciplinary team, determinant in the care process, rehabilitation, readjustment and reintegration of dependent people in their family environment, empowering their development.

Centered on the quantitative paradigm, the present study was carried out, using a data collection instrument and a rehabilitation program created by the authors respecting the needs and the functional prognosis of each individual user, focusing on self-care, muscle strengthening, and joint mobilization and in balance, marching and proprioceptive training. This study it's also considered a descriptive study as it seeks to describe the capacity of the elderly hospitalized in the Medium Duration and Rehabilitation Unit for self-care, in two different evaluation moments: before and after three months of the application of the program of rehabilitation nursing intervention.

The sample consisted of 15 elderly people in a rehabilitation program who agreed to participate in the study, data were collected through an applying a form. Among the controlled variables in the study one can include muscle strength, sensitivity, dependence on self-care, balance and risk of falling; using validated scales for the portuguese population.

The results show that the participants are mostly elderly, from the female gender with a major cerebrovascular diagnosis. Motor function and physical activity are domains where there are higher percentages of total dependency and / or need of help. The results of the present study reveal statistically significant differences and favorable evolution of the independence of the elderly hospitalized after the nurse's intervention, as well as of the nurse and the implementation of the rehabilitation program when comparing the two evaluation moments, as corroborated by the results of the initial mean of 40 in the total score of the Barthel Index and later of 85.

The present study demonstrated that rehabilitation nursing care may bring health gains in the way that they allow for greater autonomy and independence in activities of daily living and greater functional independence. This study demonstrates the importance of the work carried out by rehabilitation nurses and the undoubtful need of their intervention in the Medium-Duty and Rehabilitation Units of the Integrated Continuing Care Network, through gains in health and the differentiated and significant care that they provide to the user in the reconstruction of the person's autonomy with dependent on self-care.

Keywords: Nurse, Rehabilitation, interventions, independence.

ÍNDICE

CAPÍTULO I – EM TORNO DOS CUIDADOS DE REABILITAÇÃO	12
1. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação	17
2. Unidades de Cuidados Continuados	24
3. Organização da Rede de Cuidados Continuados	26
4. Contributos teóricos para a intervenção dos enfermeiros de reabilitação	33
5. A teoria do autocuidado como contributo para a intervenção	34
6. O processo de reabilitação como chave para o desenvolvimento do programa de intervenção	41
CAPÍTULO II – PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO	44
1. Contextualização do problema	45
2. Perguntas de investigação	49
3. Variáveis em estudo	50
4. Contexto e participantes do estudo	54
5. Instrumento de colheita de dados	55
7. Programa de intervenção	57
8. Considerações éticas	66
CAPÍTULO III – GANHOS COM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO	68
1. A execução de um programa de reabilitação	71
2. Resultados das intervenções dos enfermeiros de reabilitação	73
3. A evolução dos cuidados de reabilitação numa unidade de média duração e reabilitação	88
CONCLUSÃO	97
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
ANEXOS	113
Anexo I - Autorização do estudo	114
Anexo II – Declaração do consentimento informado livre e esclarecido para participação num projeto de investigação	116
Anexo III – Questionário elaborado para o efeito, com o objetivo de caracterizar e avaliar a amostra	118
Anexo IV – Programa de reabilitação	126
Anexo V – Comunicação livre	129

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 : Descrição da amostra por sexo	68
TABELA 2 : Descrição da amostra por nível de escolaridade	69
TABELA 3 : Descrição da amostra por estado civil.....	69
TABELA 4 : Descrição da amostra por proveniência	69
TABELA 5 : Descrição da amostra sobre a existência de prestador de cuidados	69
TABELA 6 : Descrição do grau de parentesco do prestador de cuidados	70
TABELA 7 : Descrição da amostra por tempo de imobilidade	70
TABELA 8 : Descrição da amostra por diagnóstico	70

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: Avaliação Força Muscular Membro Superior Direito	74
QUADRO 2: Avaliação força muscular do membro superior esquerdo	75
QUADRO 3: Avaliação força muscular membro inferior direito	75
QUADRO 4: Avaliação força muscular membro inferior esquerdo	76
QUADRO 5: Avaliação do autocuidado alimentação	77
QUADRO 6: Avaliação do autocuidado banho	77
QUADRO 7: Avaliação do autocuidado vestir.....	78
QUADRO 8: Avaliação do autocuidado higiene pessoal	78
QUADRO 9: Avaliação do autocuidado controlo de esfíncteres - dejeção	79
QUADRO 10: Avaliação do autocuidado controlo de esfíncteres - micção.....	79
QUADRO 11: Avaliação do autocuidado uso do sanitário	80
QUADRO 12: Avaliação do autocuidado transferências.....	80
QUADRO 13: Avaliação do autocuidado deambulação	81
QUADRO 14: Avaliação do autocuidado escadas	82
QUADRO 15: Avaliação do equilíbrio	82
QUADRO 16: Avaliação da marcha.....	85
QUADRO 17: Avaliação quedas	87

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 : Programa de intervenção	59
---	----

INTRODUÇÃO

A investigação científica expande o campo de conhecimentos na área da Enfermagem na medida em que promove a produção de uma base científica que guia a prática e assegura a credibilidade da profissão. Por a Enfermagem ser uma disciplina em fase de construção pode-se afirmar que tudo o que se queira investigar é útil (Basto, 2009).

O presente trabalho surge na sequência de um estudo de investigação, realizado no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem em Enfermagem de Reabilitação da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Assume-se desde já eventuais lacunas que possam surgir no decorrer deste longo relatório e reiteramos que esteve sempre presente o rigor e a lealdade.

Tendo em conta a nossa realidade profissional e, uma vez que, a Unidade de Média Duração e Reabilitação onde trabalhamos inaugurou recentemente, achamos pertinente mostrar, através deste estudo, a necessidade e o impacto do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, no que diz respeito à evolução positiva da dependência nos autocuidados. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro de reabilitação “ (...) *concebe, implementa e monitoriza planos de Reabilitação baseados nos problemas de saúde reais e potenciais, decorrentes de uma alteração da capacidade funcional da pessoa idosa e/ou alteração do estilo de vida resultante da deficiência/ incapacidade ou doença crónica*” (OE, 2009a, p.23). Assim, pretendemos desenvolver um programa de reabilitação passível de ser adaptado às necessidades de cada um dos nossos doentes. Através dos ganhos obtidos pretendemos justificar a necessidade da intervenção do enfermeiro de reabilitação, nas Unidades de Cuidados Continuados, nomeadamente nas Unidades de Média Duração e Reabilitação.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI ou Rede) constitui um novo paradigma de cuidados de saúde em Portugal, situando-se no nível intermédio entre o hospital e a comunidade e por isso preconiza uma mudança na conceção da prestação de cuidados colocando a pessoa, a família e as suas necessidades no centro dos cuidados.

Segundo diversos estudos os resultados revelam que os doentes sujeitos a imobilidade, depois da intervenção do enfermeiro de reabilitação, recuperam cerca de 40% da sua independência. Tendo em conta os resultados obtidos em vários estudos, estes percebem

que os cuidados do enfermeiro de reabilitação poderão traduzir-se em ganhos de saúde, tais como: diminuição do número de dias de internamento, diminuição do número de reinternamentos, maior autonomia nas atividades de vida diárias, maior independência funcional, o que pode levar a uma considerável melhoria na qualidade de vida.

Parafraseando Fortin (1999, p.49) “(...) *os campos da prática podem levantar muitas interrogações e constituir desta forma uma fonte de domínios a explorar*”.

De forma a dar resposta à pergunta procedeu-se à continuidade da investigação. Assim, esta dissertação está organizada em três capítulos. No primeiro capítulo, é explanado o enquadramento concetual, que serve de base ao estudo. No segundo capítulo é efetuado o trabalho de campo, onde são apresentadas as opções metodológicas, incluindo a contextualização da problemática, os objetivos e a finalidade do estudo, a questão de investigação, o tipo de estudo, o contexto e os participantes, o modo como foi efetuado o trabalho de campo, abrangendo o instrumento de recolha de dados e o processamento dos mesmos, não esquecendo as questões éticas que norteiam o estudo. No terceiro é apresentada a análise e discussão dos resultados da aplicação das escalas após a implementação do programa e da intervenção do enfermeiro de reabilitação. Por último, apresenta-se as conclusões que justificam a necessidade e a pertinência do enfermeiro de reabilitação nas Unidades de Média Duração e Reabilitação. Em anexo, coloca-se os documentos imprescindíveis, a aprovação para a realização deste estudo, o instrumento de recolha de dados, o programa de intervenção de enfermagem de reabilitação, o modelo de consentimento informado e a declaração de comunicação livre.

Considera-se um estudo pertinente na medida em que poderá contribuir para o avanço do conhecimento de Enfermagem e demonstrar o papel fundamental do Enfermeiro de Reabilitação na equipa multidisciplinar das Unidades de Média Duração e Reabilitação e justificar a necessidade deste como elemento diferenciado dentro da restante equipa.

CAPÍTULO I – EM TORNO DOS CUIDADOS DE REABILITAÇÃO

“Cada investigador tem a necessidade de clarificar o quadro de referência que vai seguir no seu estudo”, Basto (2009, p.14). Este capítulo aborda o papel do enfermeiro de reabilitação nas Unidades de Cuidados Continuados, nomeadamente nas Unidades de Média Duração e Reabilitação e esclarece o autocuidado como principal foco de intervenção do enfermeiro de reabilitação no processo de reabilitação da pessoa com dependência.

No exercício da profissão, o foco de atenção do enfermeiro é o suporte às respostas humanas à doença e aos processos de vida, a partir do qual se viabiliza a produção de um processo de cuidados em parceria com a pessoa/alvo dos cuidados e sua família, sendo o processo de intervenção baseado na relação interpessoal.

O enfermeiro promove os processos de readaptação à doença, procura a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida diária, bem como procura a adaptação funcional dos défices e a adaptação a múltiplos fatores através de processos de aprendizagem do utente com a família/cuidador, conforme preconizado na Rede *“(...) as respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar”,* OE (2003, p.13). Promover a funcionalidade, prevenindo, reduzindo e adiando as incapacidades, constitui uma das políticas sociais que mais pode contribuir para a qualidade de vida e para a consolidação de uma sociedade mais justa e solidária.

De acordo com o Decreto- Lei n. 101/2006, dependência refere *“situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou outra natureza não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária”,* (OE, 2009a, p.15). Para o ICN a dependência, é um dos conceitos que permite qualificar ou

caracterizar as áreas de atenção dos enfermeiros e significa *“estar dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda e apoio”*, OE (2009a, p.15).

O enfermeiro no exercício das suas funções efetua uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem, tendo para tal de reconhecer os limites do seu papel e da sua competência, consultando outros profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER), quando as necessidades dos indivíduos estão além da sua área de exercício, OE (2002).

A política dos recursos humanos para as unidades e equipas da Rede rege-se por padrões de qualidade, consubstanciada através de formação inicial e contínua. As equipas são multidisciplinares e as dotações devem *“ser adequadas à garantia de uma prestação de cuidados seguros e de qualidade nos termos a regulamentar”*, segundo o artigo 40, nº3 (OE,2009a, p.18). Assim, e para garantir e responder aos objetivos com a qualidade pretendida devem ser consideradas a qualificação dos profissionais, as condições da estrutura, a dinâmica da organização de cuidados (filosofia da RNCCI), a formação e a investigação. Além destas definidas, devem ser consideradas atividades de humanização e conforto das pessoas que utilizam os serviços da RNCCI.

O modelo de cuidados continuados é parte integrante do SNS e adapta-se às novas exigências da população, no sentido de proporcionar cuidados continuados integrados adequados, ao novo perfil epidemiológico e demográfico, e que possa garantir acessibilidade, equidade e qualidade dos cuidados aos seus utilizadores, Guerreiro (2006).

A criação da Rede tem como objetivo dar resposta às necessidades de saúde que decorrem do envelhecimento progressivo da população e do aumento da prevalência de pessoas com doenças crónicas incapacitantes que necessitam de respostas ajustadas, que promovam a reintegração na família e comunidade. A OE entende que os focos de atenção da prática de enfermagem autocuidado, gerir o regime e prestador de cuidados são áreas do conhecimento disciplinar e as que melhor representam o contributo que os enfermeiros podem dar para a promoção da autonomia da pessoa e da sua recuperação funcional.

Lopes et al. (2010) defende que a rede é um modelo intermédio de cuidados de saúde e de apoio social, entre os de base comunitária e internamento hospitalar e que deve mediar num modelo de respostas intersectoriais, onde juntam respostas de saúde e sociais, numa tentativa de cuidar da pessoa holisticamente.

Os cuidados continuados devem-se prespetivar na visão holística, em que a pessoa é considerada um todo, e só com equipas interessadas, motivadas e com objetivos comuns é que este princípio é alcançado (Branco e Santos, 2010).

De entre os dados do Relatório de Monitorização da Rede destaca-se para o presente estudo: a idade média dos utentes propostos para a admissão é de 73 anos, aproximadamente metade é casado (46%) e 66% vive com a família natural; cerca de 64% das propostas de admissão têm como motivo a necessidade de cuidados continuados e 52% a situação de fragilidade do idoso.

A “reabilitação” é o motivo mais frequente de proposta de admissão, e o segundo a “dependência para as atividades de vida diária” – estes dados demonstram a necessidade de recursos especializados e a necessidade de promover as intervenções e os resultados no autocuidado; cerca de 45% dos utentes propostos para admissão necessitavam de capacitação do utente ou cuidador o que demonstra a relevância da família enquanto instituição social mais importante na prestação de cuidados o que deve orientar a necessidade de intervenção no ensino e capacitação; dos utentes admitidos nas unidades de internamento o diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) (17,1%) e as fraturas do colo do fémur (7,5%) são os mais frequentes, assumindo especial importância na tipologia de Média Duração e Reabilitação (22,2%) e Convalescença (9,5%) respetivamente, (UMCCI, 2012).

Segundo a RNCCI é com suporte nestes dados que contextualizam a prestação de cuidados que as unidades e as equipas devem assegurar e que determinam as necessidades em horas de cuidados de enfermagem.

Segundo o REPE, artigo 4 o enfermeiro especialista é aquele *“habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”*. É o Enfermeiro *“com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”*, OE (2007, p.12).

A Rede entende que todas as Unidades devem ser dotadas de Enfermeiros Especialistas, nomeadamente de enfermeiros de Reabilitação, porque este dirige-se fundamentalmente à recuperação e à adaptação ou manutenção funcional da pessoa, ao treino do prestador de cuidados com o objetivo de preparar a alta e o regresso a casa, de que resultam ganhos em saúde significativos. Isto vai de encontro os objetivos estabelecidos, na medida em que, a RNCCI se destina à prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência, e ao apoio de familiares/prestador de cuidados; à necessidade de cuidados de reabilitação, readaptação e reintegração social e a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, OE (2009a).

Ao nível dos cuidados continuados integrados e de acordo com a sua área de competência, o enfermeiro especialista em reabilitação concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação, baseados nos problemas de saúde reais e potenciais resultantes de uma alteração de capacidade funcional da pessoa idosa e/ou alteração do estilo de vida resultante de deficiência/incapacidade ou doença crónica. Compete ao enfermeiro de reabilitação tomar decisões que dizem respeito à promoção da saúde, prevenção de complicações/incapacidades secundárias, tratamento e reabilitação, maximizando o potencial da pessoa, OE (2009a).

No âmbito da sua competência identifica barreiras arquitectónicas para o cidadão com necessidades especiais ao nível sensório-motor e elabora propostas de eliminação das mesmas. O enfermeiro de reabilitação presta cuidados no âmbito da enfermagem de reabilitação a pessoas com necessidades especiais no domicílio e/ou instituições de apoio social; promove a máxima independência nas AVD's e da qualidade de vida da pessoa com deficiência/e ou necessidades especiais, no sentido da sua capacitação e empowerment, quer da pessoa, quer dos seus cuidadores; cria e gere bolsas de ajudas técnicas, envolvendo recursos da comunidade, OE (2009a).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), neste modelo de cuidados integrais e integrados dos serviços e instituições da RNCCI, desempenha um papel pivô na equipa multiprofissional, determinante no processo de cuidados, na reabilitação, na readaptação e na reintegração das pessoas dependentes no ambiente familiar potenciando o seu desenvolvimento, OE (2009a).

Segundo Dias e Santana (2009) a equipa multidisciplinar, com enfoque o Enfermeiro de Reabilitação, deve elaborar um plano individual de intervenção onde se explanam os cuidados gerais e diferenciados que se deve prestar a cada utente, no qual são envolvidos

os utentes, os familiares ou os cuidadores informais, respeitando as capacidades e necessidades. O plano individual de intervenção é um instrumento de trabalho de utilização transversal em toda a rede e é definido pelo artigo 3º, do capítulo I, do diploma que legisla a RNCCI (DL nº101/2006, p.3) como *“o conjunto dos objetivos a atingir face às necessidades identificadas e das intervenções daí decorrentes visando a recuperação global ou manutenção, tanto nos aspetos clínicos como sociais”*.

Ao enfermeiro especialista em reabilitação compete participar na resposta a necessidades de formação dos profissionais de saúde, cuidadores formais e informais e cidadãos; realizar educação para a saúde, integrando redes de apoio; definir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem; avaliar, através de indicadores definidos os ganhos das intervenções especializadas; promover a continuidade de cuidados e articulação entre as equipas e instituições; utilizar resultados e contribuir com dados para a investigação, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem com base na evidência. A Rede defende que o enfermeiro especialista em reabilitação ao realizar o diagnóstico e planeamento de cuidados de enfermagem para a pessoa idosa dependente, coordena e articula o exercício dos enfermeiros responsáveis por cuidados gerais, OE (2009a).

A RNCCI considera no mínimo a afetação de um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação a cada unidade de internamento e ECCL, (OE,2009a). As unidades de média duração e reabilitação oferecem *“prestação de cuidados clínicos de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico. Tem por finalidade a estabilização clínica, a avaliação e a reabilitação integral da pessoa com perda de autonomia potencialmente recuperável* (artigo15º,nºs 1 e 2 do decreto lei nº101/2006).

Para a RNCCI o indicador de Horas de Cuidados Necessários (HCN) é determinado em função da manutenção e da dependência na satisfação da AVD's, mas também da dependência de outros cuidados e tratamentos de variável e diversa complexidade, intensidade e periodicidade. As horas de cuidados de enfermagem estão relacionadas com o potencial de recuperação previsto em cada uma das tipologias. Isto é, quanto maior for o potencial de recuperação do utente maior será o investimento em horas de cuidados, para a sua recuperação máxima e capacitação da autonomia, (OE, 2009a).

No contexto das Unidades de Média Duração e Reabilitação, as horas de cuidados necessários/utente/dia devem calcular-se no intervalo entre 3.79 horas a 5.38 horas. Cada

unidade deve proceder o seu cálculo, em função da lotação própria e da taxa de ocupação assegurando que as condições de recursos humanos garantam cuidados seguros, mesmo face a número de camas ou com uma taxa de ocupação reduzidas, OE (2009).

Os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, devem ser avaliados de três em três meses, através dos indicadores de resultados, como refere Pereira (OE, 2009a) e a gestão dessa informação deve visar o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população. É de salientar que a dotação de recursos anteriormente apresentada apenas se refere à área da prestação de cuidados gerais. Além desta dotação de recursos para a prestação de cuidados especializados bem como a atividade de coordenação/gestão deve ser objeto de cálculo próprio, sendo acrescida à dotação anterior.

Tudo indica que as Unidades de Cuidados Continuados têm uma necessidade expressa de enfermagem de reabilitação, contudo a rede não identifica e quantifica essa necessidade.

1. Cuidados de Enfermagem de Reabilitação

Ao longo das últimas décadas os enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação prosseguem um caminho que tem permitido a concretização da sua missão e assim obtenção do reconhecimento das pessoas que cuidam e das equipas que integram. No entanto, temos de reconhecer, que nem sempre a sua presença nos diferentes contextos de cuidados é completamente reconhecida como uma mais-valia, no que diz respeito à valorização social, profissional e também económica.

Estamos perante um desafio de afirmação pela evidência do valor dos enfermeiros, nomeadamente dos enfermeiros de reabilitação, em particular, desde logo na prestação de cuidados, onde se incluem também novos papéis ligados à gestão de “casos” ou à ligação entre contextos de cuidados, mas também na gestão, formação, na investigação e na definição de políticas de saúde.

Segundo Taylor (2003), Orem refere a enfermagem como uma arte, cujo praticante dá assistência especializada a pessoas debilitadas e que vai para além da assistência técnica. A enfermagem é exercida no sentido de ajudar a pessoa a promover a sua autonomia e

independência e enfrentar as necessidades diárias de autocuidado. O enfermeiro impõe a sua arte nas pessoas com dependência física, intelectual ou emocional para o autocuidado.

A conceção de Orem, no que diz respeito à promoção da independência para o autocuidado, muito se relaciona com as conceções inerentes ao modelo de atuação do enfermeiro de reabilitação. O modelo de Orem refere a necessidade de os enfermeiros possuírem conhecimentos e competências específicas, nomeadamente na área da reabilitação. Estes conhecimentos e competências permitem uma resposta eficaz nos cuidados face às necessidades dos utentes, quer em termos de limitação funcional, quer no autocuidado. Reforça que uma abordagem especializada em reabilitação é uma mais-valia para os utentes. Passa-se então de uma abordagem de enfermagem geral para uma enfermagem com carácter especializado na área da reabilitação, Orem (2011).

Numa perspetiva histórica, o grande impulso científico da reabilitação foi essencialmente após a Segunda Guerra Mundial, foi reconhecida nos Estados Unidos em 1947 como especialidade médica, tendo como impulsionador o médico Fisiatra Howard Rusk. Em Portugal a história da reabilitação inicia-se em simultâneo com a construção do Centro de Medicina Física de Reabilitação de Alcoitão, inaugurado em 1966, com equipa técnica e clínica que tinha realizado especialidade no estrangeiro, Arruda (2006).

No que diz respeito à enfermagem de reabilitação, esta nasce pelas mãos das enfermeiras Maria Graça Semião e Maria de Lurdes Sales Luís, que realizaram especialização em Enfermagem de Reabilitação em Warm Springs, na Geórgia, EUA. A enfermeira Maria de Lurdes Sales Luís ficou responsável com a formação de outros enfermeiros, dirigindo o Curso de Especialização em Enfermagem de Reabilitação que teve início em 1965. Por sua vez, a enfermeira Maria Eduarda Mendonça Torres implementou um sector de atividades de vidas diárias, com especial vocação para a utilização e treino dos utentes com dispositivos de compensação, desde a cadeira de rodas a outros instrumentos de apoio à independência, Arruda (2006).

Para se compreender o trabalho da reabilitação torna-se importante perceber os conceitos de deficiência, incapacidade e desvantagem, Martins (2002), corrobora esta ideia e acrescenta que para entender a reabilitação de um indivíduo deve-se compreender o que aconteceu em termos de deficiência, de incapacidade e desvantagem, assim como, o modo como o indivíduo percepciona a sua nova realidade.

Segundo a Secretaria Nacional de Reabilitação (1989) e Hesbeen (2003) e de acordo com a classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens, a deficiência refere-se à alteração temporária ou permanente da estrutura anatômica, fisiológica ou psicológica da pessoa, ou seja, a alteração ao nível do órgão ou função. A incapacidade é a consequência funcional da deficiência, alterações das atividades funcionais da pessoa. Quando a interação da pessoa com o meio é afetada por causa de uma deficiência ou incapacidade, diz-se que esta tem uma desvantagem. Durante o processo de reabilitação não é suficiente recuperar a função motora, sensitiva ou de comunicação, é necessário levar o sujeito a ser independente no seu autocuidado ou simplesmente aceitar as suas incapacidades ou desvantagens.

A atual Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), Incapacidade e Saúde (DGS, 2004), integra estes conceitos, de deficiência, incapacidade e desvantagem, no entanto, substituiu-os por *“(...) funções ou estruturas do corpo e atividades de participação de forma a obter uma descrição de experiência positiva de saúde”* (DGS, 2004, p.4). A CIF *“(...) transformou-se, de uma classificação de consequência da doença (versão de 1980) numa classificação de componentes da saúde. Os componentes da saúde identificam o que constitui a saúde, enquanto as consequências se referem ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa”* (DGS, 2004, p.8). A CIF organiza a informação em duas partes, uma refere-se à funcionalidade e incapacidade e outra aos fatores contextuais.

A reabilitação engloba os conceitos descritos supra e é considerada uma *“(...)prática multidisciplinar que se baseia, em conhecimentos científicos fundamentados, tem como finalidade assegurar à pessoa incapacitada ou deficiente, bem como, aos seus próximos, diferentes ações que permitem suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem”* (Hesbeen. 2003, p.52).

No que diz respeito à assistência de enfermagem na reabilitação Leite e Faro (2005) referem que estes profissionais reforçam a restauração da independência do utente tendo como objetivo a adaptação à nova situação de saúde, imposta muitas vezes pelas alterações das funções motoras. Assim e no sentido de tornar o utente o mais independente possível, são executados planos de intervenção de promoção e incentivo para o autocuidado, através da orientação e treino de situações, no sentido de preparar o utente para uma vida social e familiar de maior qualidade.

As competências específicas dos enfermeiros de reabilitação podem ler-se no Regulamento n.º 125/2011, que lhes atribui competência para: cuidar de pessoas com necessidades

especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção e exercício da cidadania; maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades da pessoa.

Dentro da equipa multidisciplinar o enfermeiro de reabilitação é aquele que melhor se pode posicionar para proporcionar um crescimento potenciando o desempenho das atividades de vida diárias, num clima de motivação e parceria com o utente e cuidador familiar. Hoeman (2011) refere que o enfermeiro de reabilitação tem como competência de ensinar, instruir, treinar, orientar e motivar quer os utentes quer os cuidadores familiares nas suas atividades de vida diárias, para níveis máximos de independência.

Entende-se por Atividades de Vida Diária (AVD), atividades ou tarefas comuns que as pessoas desempenham de forma autónoma e rotineira no seu dia-a-dia (OE, 2011b). As AVD podem ser divididas em dois grupos: as Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) ou de cuidado pessoal e as Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) ou atividades domésticas e comunitárias, Fricke (2010).

As ABVD estão descritas na literatura como 6 atividades: higiene pessoal, controlo da eliminação vesical e intestinal e uso dos sanitários, vestuário, alimentação, locomoção e transferência e referem-se tanto às funções e estruturas do corpo envolvidas como às atividades e participação para a sua execução (OE, 2011b, p.2). No que respeita as AIVD definem-se como as AVD que se referem à capacidade da pessoa para gerir o ambiente onde vive e inclui as seguintes atividades/tarefas: preparar refeições, fazer tarefas domésticas, lavar roupa, gerir dinheiro, usar telefone, tomar medicamentos, fazer compras e utilizar os meios de transporte (OE, 2011b).

O enfermeiro especialista é o profissional a quem são reconhecidas as competências para a prestação dos cuidados gerais de enfermagem assim como os cuidados específicos na área clínica da sua especialidade, é detentor de competências acrescidas e específicas que lhe permitem intervir a um nível de complexidade elevado. Com os avanços científicos, tecnológicos e o envelhecimento demográfico, verifica-se um aumento crescente do número de pessoas com incapacidade. É neste contexto que o EEER torna-se fundamental para as pessoas com necessidades especiais, OE (2010).

A reabilitação ajuda toda a pessoa portadora de doença aguda, crónica, com deficiência ou sequelas, através dos conhecimento, competências e comportamentos especializados e

diferenciados, a atingir a sua máxima funcionalidade, autonomia e satisfação, preservando autoestima (Regulamento nº 125/2011, 2011), permite reduzir o risco de complicações e promover o desenvolvimento de potenciais remanescentes (OE, 2004). Neste sentido, a enfermagem de reabilitação preocupa-se com o outro, no entanto, não se foca apenas para a incapacidade da pessoa, mas ajuda-a a aceitar a sua nova condição de vida (Hesbeen, 2013). A enfermagem de reabilitação é igualmente “(...) *interessar-se pela pessoa e ajuda-la a viver, mesmo quando a reparação do seu corpo, e o regresso à normalidade deixa de ser possível, pelos meios técnico-científicos da medicina*” (Hesbeen, 2006, p.45).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação detém um alargado conjunto de conhecimentos e competências especializadas na área da reabilitação, vocacionadas para a recuperação funcional motora, sensitiva, cognitiva, cardiorrespiratória, da comunicação, da alimentação, da eliminação e da sexualidade, este pretende, através da sua intervenção, recuperar e capacitar toda a pessoa vítima de doença aguda ou crónica que provoque défices funcionais do foro respiratório, ortopédico, músculo-esquelético, cardiovascular e neurológico (Regulamento nº 125/2011, 2011).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação dirige as suas intervenções de acordo com as necessidades, características, capacidades e tolerância de cada pessoa na sua individualidade e singularidade. Este estrutura a sua intervenção com uma abordagem holística, atende aos aspetos físicos, psicológicos, cognitivos, sociais e económicos da pessoa (Hoeman, 2011). Pretende-se através desta abordagem que seja assegurado que a pessoa e a família sejam protagonistas na reconstrução do seu percurso de vida e processo de saúde que se encontra interrompido. Mobiliza as suas próprias energias físicas, psicológicas e sociais, que serão facilitadoras do seu processo de reabilitação e reintegração na comunidade (Faro, 2016). Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação apresenta competência e o perfil adequado para “*ser o profissional capaz de promover e potencializar a capacidade de reabilitação de cada pessoa ou ajudar a lidar com as incapacidades e desvantagens*” (APER, 2010, p.20).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação avalia e identifica problemas e potenciais problemas, diagnostica as limitações e a incapacidade funcional da pessoa com necessidades especiais. Presta cuidados de enfermagem com vista à promoção da saúde, prevenção de complicações e incapacidades secundárias, no tratamento e reabilitação, com o objetivo de maximizar a funcionalidade e a autonomia da pessoa e família, com dignidade e qualidade de vida, OE (2010).

É da competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação monitorizar a implementação e os resultados dos programas de reabilitação, avaliando e efetuando ajustamentos necessários no processo da prestação de cuidados, que lhe permitem analisar a eficácia da sua intervenção, para poder transmitir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem de reabilitação (OE – MCEER, 2015), ao promover as práticas mais seguras e eficazes junto da pessoa, família, sociedade e organização (APER, 2010).

A enfermagem de reabilitação contribui fortemente para a obtenção de ganhos em saúde, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação é o responsável pela ação conducente a essa realidade (APER, 2010). Os cuidados de enfermagem de reabilitação podem ser prestados em diferentes contextos da prática clínica como as unidades de internamento de agudos, de reabilitação, por equipas de cuidados continuados, paliativos e de cuidados na comunidade (APER, 2010).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação reúne um conjunto de competências que vão para além da intervenção ao nível funcional. Este conjunto de competências permite-lhe promover a recuperação, a readaptação, o autocontrolo, o autocuidado, auxiliando os processos de transição saúde/doença e capacitam a pessoa e o cuidador para a reinserção social. Na procura permanente da excelência do exercício profissional a Ordem dos Enfermeiros (OE) identificou oito categorias de enunciados que definem os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação (PQCEER), nomeadamente: o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação promove os mais elevados níveis de satisfação dos clientes; a promoção da saúde; ajuda a pessoa a alcançar o máximo potencial de saúde; o bem-estar e o autocuidado, maximiza o bem-estar da pessoa e suplementa/completa as atividades de vida diária em que a pessoa é dependente; a readaptação funcional, desenvolve juntamente com a pessoa processos de reeducação funcional, com vista à qualidade de vida, a reintegração e participação social; a promoção da inclusão social e a organização dos cuidados de enfermagem, que contribuí para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, OE (2011).

Os cuidados de enfermagem de reabilitação têm como principal objetivo *“(...) auxiliar o paciente a tornar-se independente o máximo que puder dentro das suas condições, promover e incentivar os autocuidados através de orientações e treino de situações”* (Faro, 2006, p.16). A reabilitação dá ênfase ao restabelecimento e otimização da função através de modalidades físicas, exercícios e intervenções terapêuticas, equipamentos de

adaptação, modificação do meio ambiente, educação e assistência (Chen e Yang, 2007). Reabilitar permite à pessoa o seu envolvimento na tarefa, a reaprendizagem de algum dado adquirido, através do desenvolvimento de novas competências e tarefas de adaptação ou compensação pelos danos causados e/ou perda de função. Esse desenvolvimento pode ser lento e exige a resolução de problemas, repetição e prática (Kearney & Lever, 2010). Assim, a excelência da enfermagem de reabilitação traz ganhos em saúde em todos os contextos da prática, expressos na prevenção de incapacidades e na recuperação das capacidades remanescentes, habilitando a pessoa a uma maior autonomia (Regulamento n.º 350/2015, 2015).

De acordo com Kearney & Lever (2010), a satisfação com os cuidados recebidos deve ser um dos focos de atenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação.

A reabilitação possui características que podem influenciar a satisfação da pessoa: a interação, que envolve maior contato físico; a terapia, que requer da pessoa participação ativa; e o tratamento, que pode causar dor e ser, desta forma, percebido como uma ameaça física (Monnim & Perneger, 2002). O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação deve ter em especial atenção a depressão e os fatores sociais pois estes são tão ou mais importantes para a satisfação do utente, que os aspetos relacionados com a doença (Rosemann et al., 2009).

A comunicação e as relações interpessoais produzem maior satisfação, enquanto os itens menos satisfatórios são predominantemente relacionados com mobilidade e autocuidado, porém as limitações físicas e dependência funcional podem diminuir a satisfação e, provavelmente, o bem-estar experimentado pelas pessoas na realização das atividades e situações da vida (Kearney & Lever, 2010). Assim, o programa de reabilitação é influenciado por múltiplos fatores, que vão para além da gravidade da doença e morbilidade e deve ter em conta os aspetos psicológicos, qualidade de vida, angústia, vida comprometida e falta de apoio psicossocial (Bratas et al., 2010).

Em síntese, os cuidados de enfermagem de reabilitação devem ser personalizados de acordo com as necessidades e valores do utente. Os princípios das práticas de reabilitação passam por uma decisão partilhada e estabelecimento de metas. O conhecimento deve ser partilhado entre profissionais, utentes e família. A tomada de decisão deve ser baseada na evidência. Deve ser sustentada num suporte teórico fundamentado, recorrendo a várias escalas de medida para a reabilitação ter sucessos e os utentes estarem satisfeitos.

2. Unidade de cuidados continuados

O envelhecimento é acompanhado de um declínio funcional progressivo que está associado a quadros de dependência responsáveis por cuidados específicos. Diversos organismos sociais definem pessoas idosas como a população com mais de 65 anos de idade, no entanto, esta definição torna-se ambígua e gera alguma confusão semântica, uma vez que integra tudo o que diz respeito aos velhos na sociedade moderna, homogenizando-os e indiferenciando-os dentro dessa categoria social (Carvalho, 2009).

O processo de envelhecimento por si só está estreitamente relacionado com o conceito de capacidade funcional e autonomia funcional a qual inclui a capacidade das pessoas de realizarem as atividades de vida diárias. O conceito de incapacidade representa a consequência da disfunção de um órgão ou sistema no estado funcional do indivíduo em termos de limitações de funções ou restrição de atividades (Rodrigues, 2009).

Em Portugal, e ao longo dos últimos anos, tal como na Europa, o envelhecimento demográfico é uma realidade, o que se reflete no aumento da esperança média de vida e na baixa natalidade. O número de pessoas com doenças crónicas incapacitantes tem tendência a aumentar, as famílias apresentam indisponibilidade de cuidar por atividade laboral, bem como por dificuldades económico-financeiras e pelas diminutas estruturas de apoio à família e à pessoa com dependência (Rodrigues, 2009).

Para dar resposta a esta realidade foi criada em 2006, em Portugal, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), integrada no Sistema Nacional de Saúde (SNS), com o objetivo de dar resposta às carências de cuidados a pessoas em situação de dependência. Surge como um modelo de intervenção articulado entre a área da saúde e da segurança social, em que os cuidados executados desenvolvem-se numa perspetiva de promoção de autonomia, através da reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social, situando-se num nível intermédio entre os cuidados de internamento hospitalar e os cuidados de base comunitária, UMCCI (2009).

A RNCCI é constituída por equipas e serviços que vão desde os internamentos ao apoio domiciliário. As unidades de internamento são atualmente um forte apoio à população, no que respeita a prestação de cuidados de saúde, onde a enfermagem, nomeadamente a

enfermagem de especialidade de reabilitação ocupa uma posição de destaque na medida em que o seu trabalho contribui para a promoção da autonomia dos utentes que usufruem deste serviço. Desde a sua implementação que se tem verificado um crescimento do número de camas a nível nacional, no entanto verifica-se que a espera de vaga seja demorada, UMCCI (2009).

O trabalho desenvolvido pela RNCCI demonstrou que esta tem uma posição fundamental e complementar ao nível da prestação de cuidados. Representa uma resposta adequada às necessidades dos mais carenciados e dependentes, num esforço de solidariedade e respeito pela dignidade humana. Propõe-se a contínua prestação de cuidados no sistema de saúde, articulando entre si e integrando o apoio social adequado na falta de familiares ou outros cuidadores, assim como o alargamento do apoio domiciliário de cuidados continuados integrados a todo o país 24 horas por dia e 365 dias por ano, UMCCI (2009).

O envelhecimento demográfico, o aumento do número de pessoas com doenças crónicas incapacitantes, a indisponibilidade das famílias por atividade laboral e a insuficiência de estruturas e serviços de apoio à família tem criado novas necessidades de cuidados de saúde a pessoas em situação de dependência assim como fortes necessidades ao nível de apoio psicossocial. Neste contexto o conceito de cuidados continuados integrados ganha relevo e define-se como: *“um conjunto de intervenções sequenciais de saúde ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social”* (Decreto-Lei nº101/2006, p. 2).

Para tal, a RNCCI foi *“criada pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, 6 de junho e vê-se como um modelo organizacional e funcional para o desenvolvimento da estratégia enunciada”*, UMCCI (2009, p. 7). Representa um processo desenvolvido pelo Serviço Nacional de Saúde e o Sistema de Segurança Social. O objetivo principal é *“implementar um modelo de prestação de cuidados adaptado às necessidades das pessoas e centrado no utente, onde seja possível aceder aos cuidados que necessita em tempo e local certo com o prestador mais adequado”*, UMCCI (2009, p. 7). A RNCCI *dirige-se a pessoas em situação de dependência, independentemente da idade, que necessitem de cuidados continuados de saúde e de apoio social, de natureza preventiva, reabilitativa ou paliativa, prestados por unidades de internamento e de ambulatório através de equipas hospitalares e domiciliárias*, UMCCI (2009, p. 7).

A coordenação da rede a nível nacional é assegurada pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados e tem como finalidade *“prestar cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência”*, UMCCI (2009, p. 3). Defendem como objetivos da RNCCI: *“a melhoria das condições de vida e bem-estar das pessoas em situação de dependência, através da prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; a manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de perder, no domicílio, sempre que possam ser garantidos os cuidados terapêuticos e o apoio social necessários à provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida; o apoio, acompanhamento e o internamento tecnicamente adequados à respetiva situação; a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social; o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados; a articulação e coordenação em rede dos cuidados em diferentes serviços, sectores e níveis de diferenciação e a prevenção de lacunas em serviços e equipamentos, pela progressiva cobertura nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de cuidados continuados integrados”*, (Decreto-Lei nº101/2006, p.2).

Com estes objetivos definidos pretende-se a obtenção de ganhos em saúde, o aumento da cobertura da prestação de serviços de Cuidados Continuados Integrados (CCI) a nível nacional, a redução da procura de serviços hospitalares, a melhoria das condições de vida e bem-estar e a manutenção das pessoas com dependência, sempre que possível, no domicílio. Os objetivos e intervenções da rede contribuem para a diminuição das taxas de ocupação de camas hospitalares, redução do número de internamentos de pessoas em situação de dependência e consequente redução de custos ao nível das unidades hospitalares.

3. Organização da Rede de Cuidados Continuados

O SNS presente no seu estatuto é definido como *“um conjunto ordenado e hierarquizado de instituições e serviços oficiais prestadores de cuidados de saúde, funcionando sob a*

superintendência e tutela do Ministério da Saúde”, Estatuto do SNS (1993, p.4). O SNS possui uma organização descentralizada e é denominada pelas Regiões de Saúde que estabelecem contacto entre o nível local e o Ministério da Saúde, Almeida (1999).

De acordo com Mozzicafreddo (2000) o Estado teve a necessidade de alterar o seu papel de financiador e fornecedor dos serviços de saúde. Segundo o autor *“a par da responsabilidade pública do sistema de saúde, incentivam a construção e a gestão por entidades privadas de novas unidades de saúde de fornecimento de serviços de saúde por parte de sociedades e associações privadas”*, Mozzicafreddo (2000, p.68).

Os serviços a nível dos cuidados de saúde primários e diferenciados não são capazes de responder de forma integrada e articulada às necessidades da pessoa em situação de dependência, tal como defende Gonçalves (2010). Os cuidados a prestar a estes grupos devem garantir a continuidade de cuidados numa fase em que não se justifica o internamento hospitalar mas, também, ainda apresentam uma situação clínica que não permita o regresso a casa na melhor condição.

Os cuidados continuados são uma área nuclear na resposta integrada às necessidades na área da saúde das pessoas com dependência capazes de assegurar a transição dos utentes entre os diferentes níveis de prestação de cuidados de modo a garantir as suas necessidades (OE, 2003).

Os cuidados de saúde na rede devem ser equitativos, responsáveis e pró-ativos, personalizados, dinâmicos, eficientes e baseados na evidência. O âmbito da intervenção da rede fundamenta-se no princípio dos 3 R’s – Reabilitação, Readaptação, Reinserção. Assim, deve-se proceder da seguinte forma para dar cumprimento ao proposto: avaliação multidisciplinar do utente (inicial, contínua e final com as revisões do plano de cuidados) e promoção integrada de autonomia através do Plano individual de cuidados e da Capacitação do Cuidador informal, UMCCI (2009).

O envelhecimento da população sendo uma realidade apresenta-se como um desafio às políticas sociais, pois em Portugal *“(...) a prestação de serviços em cuidados continuados foi tradicionalmente confiada ao sistema familiar ou organizações caritativas”* (Gesaworld, 2005, p. 47).

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 reconhece a rápida alteração demográfica ocorrida em Portugal, o grupo etário superior a 65 anos, que tem vindo a crescer devido à melhoria das condições de saúde e vida, e a necessidade de criar políticas integradas de saúde a

apoio social que permitem desenvolver uma ação mais próxima das pessoas, proporciona de acordo com Gonçalves (2010) um sistema prestador nacional com resposta articulada, adequada e eficaz.

A elevada taxa de atividade feminina em Portugal, associada ao elevado número de idosos que vivem sozinhos ou com o cônjuge, a mudança na organização dos sistemas familiares com as migrações para os centros urbanos e o aumento do emprego feminino “(...) *gera inevitavelmente um processo de substituição dos cuidadores informais, tradicionalmente prestados por família e vizinhos, por prestadores institucionais, organizados para prestar cuidados no domínio da saúde e serviços sociais, afetando recursos económicos, humanos e financeiros com elevado valor social*” (Gonçalves, 2010, p. 563).

A rede destina-se a prestar CCI, tanto na residência do utente como em instalações próprias através de equipas multidisciplinares que atuam em estreita colaboração com hospitais e centros de saúde, considerada como uma prioridade em Portugal. Assim, a rede assegura a prestação de cuidados de saúde e de apoio social através de quatro tipologias de resposta. São elas as Unidades de internamento, as Unidades de ambulatório, a Equipa hospitalar e as Equipas domiciliárias, (UMCCI, 2009).

Das Unidades de internamento fazem parte as Unidades de Convalescença (UC), as Unidades de Média Duração e Reabilitação (UMDR), as Unidades de Longa Duração e Manutenção (ULDM) e as Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) (Decreto-Lei nº101/2006).

As UC têm como finalidade a estabilização clínica e funcional, devendo para esta tipologia ser referenciadas pessoas que se encontrem em fase de recuperação de um processo agudo ou recorrência de um processo crónico, com elevado potencial de reabilitação previsto até 30 dias consecutivos. As UMDR dão resposta a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 e 90 dias, (Decreto-Lei nº101/2006).

As orientações para as UMDR da RNCCI tendo em conta a lotação de 30 camas/lugares são 360 horas de enfermagem (incluindo Coordenador e Enfermeiro de Reabilitação), enquanto que, para o fisioterapeuta, a rede contempla 80 horas semanais, terapeuta da fala 8 horas semanais, o animador sócio-cultural 20 horas semanais e o terapeuta ocupacional 40 horas semanais, (UMCCI, 2009). As ULDM tem como objetivo prestar cuidados que previnam e/ou

retardem o agravamento da situação de dependência, otimizando o status de saúde, num período de internamento superior a 90 dias. Dão resposta a utentes em processos crónicos que apresentem diferentes níveis de dependência e graus de complexidade e que não possam/devam ser cuidados no domicílio. As UCP destinam-se a doentes com doenças complexas em estado avançado, com evidência de falha terapêutica dirigida à doença de base ou em fase terminal e que requerem cuidados para orientação ou prestação de um plano terapêutico paliativo, (Decreto-Lei nº101/2006).

As unidades de ambulatório, também denominadas Unidades de dia e de Promoção de Autonomia promovem a autonomia de pessoas em situação de dependência, cujas condições clínicas, sócio-familiares lhes permitem permanecer no domicílio. Os cuidados referentes à reabilitação e/ou manutenção são concedidos em regime de dia. Estas unidades devem funcionar no mínimo oito horas por dia nos dias úteis e devem articular-se com unidades da rede ou respostas sociais existentes. Asseguram cuidados médicos, de enfermagem e controlo fisiátrico periódico, atividades de manutenção e estimulação, apoio psicossocial, animação sócio-cultural, alimentação e quando necessário higiene pessoal, (Decreto-Lei nº101/2006).

Do grupo das Equipas hospitalares fazem parte as Equipas Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e as Equipas de Gestão de Altas.

As equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos são equipas sediadas em hospitais de agudos com formação em cuidados paliativos e cujo objetivo é prestar apoio técnico diferenciado, transversalmente nos diferentes serviços do hospital, podendo intervir, se solicitado, no plano individual de intervenção do utente, (Decreto-Lei nº101/2006).

As Equipas de Gestão de Altas, são equipas multidisciplinares que preparam e gerem as altas hospitalares com outros serviços para utentes que requerem suporte de continuidade de problemas de saúde e sociais, em regime ambulatório e internamento. Estão sediadas em hospitais e as suas funções asseguram a articulação com as equipas terapêuticas hospitalares, as equipas coordenadoras distritais e locais da rede e equipas prestadores de CCI, (Decreto-Lei nº101/2006).

Das Equipas Domiciliárias fazem parte as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP).

As Equipas de Cuidados Continuados Integrados são da responsabilidade das Unidades de Cuidados na Comunidade dos Agrupamentos de Centro de Saúde dão resposta a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não necessita de internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. Para além dos Cuidados de Saúde Primários requer também a intervenção da Rede Social, no apoio social domiciliário, (Decreto-Lei nº101/2006).

As ECSCP devem incluir uma equipa especializada em cuidados paliativos de forma a assegurar os cuidados diferenciados, em contexto domiciliário, em unidades de internamento de Reabilitação e de Manutenção, (Decreto-Lei nº101/2006).

O modelo de gestão da rede baseia-se na descentralização e contratualização de serviços. A coordenação deste modelo de intervenção integrada e articulada é exercida a nível nacional, regional e local. Foi criada a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (UMCCI) que conduziu e lançou o projeto global de coordenação e acompanhamento da estratégia de operacionalização da RNCCI, contribuiu para a implementação de serviços comunitários de proximidade, através da articulação dos centro saúde, hospitais, serviços e instituições, de natureza privada e social, e em articulação com as redes nacionais de saúde e de segurança social. Garante a sustentabilidade da rede e assegura o acesso e benefício de cuidados continuados que respondam às necessidades das pessoas e promovam a sua autonomia e qualidade de vida. A criação e o desenvolvimento da rede, na opinião de Campos (2008, p. 107), *“(...) foi uma das mais importantes reformas do sistema de saúde desde que em 1978 foram criadas em Portugal as condições de acesso universal aos cuidados de saúde.”* Reis (2008) acrescenta que o objetivo do sistema de saúde será cada vez menos o tratamento da doença, mas enfatizar a responsabilização da manutenção da saúde de uma população.

Para Lopes et al. (2010) a filosofia preconizada nos serviços da rede foca-se na funcionalidade, nas capacidades dos utentes, ou seja, no seu potencial de recuperação, assenta na adequação dos cuidados às necessidades de reabilitação ou manutenção de funções básicas da pessoa, permitindo quando possível recuperar a independência para o seu autocuidado, uma área de atuação e de excelência para a enfermagem, nomeadamente para a enfermagem de reabilitação.

A coordenação da rede aos níveis regional e local, visa a sua operacionalização em dois níveis territoriais, permitindo uma articulação dos diferentes níveis de coordenação,

garante a flexibilidade e sequencialidade na utilização das unidades e equipas que se inserem neste espaço de cuidados (Despacho nº19040/2006).

Assim os principais mediadores na coordenação da RNCCI, numa visão piramidal e de acordo com a divisão hierárquica da rede consideram-se: as Equipas de Coordenação Nacional através da Unidade de Missão – UMCCI; Equipas de Coordenação Regional, as ECR (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve) e as Equipas de Coordenação Local (ECL), que articulam os diferentes agentes da rede, garantem a flexibilidade, o acompanhamento e monitorização, para além de assegurarem um bom funcionamento do processo de gestão dos utentes, (UMCCI, 2009).

Os utentes são referenciados para a rede pela EGA do hospital de agudos ou pelas Equipas Referenciadoras dos cuidados de saúde primários (preferencialmente nas 48 horas após internamento, ou 48 horas antes da data prevista para a alta hospitalar, quando os cuidados continuados integrados serão prestados no domicílio do utente). Estas entidades verificam o diagnóstico da situação de dependência, mediante avaliação médica, de enfermagem e social. A decisão é validada pela ECL da área de residência do utente, consoante os formulários e processos de registo estabelecidos pela Coordenação Nacional da RNCCI, (UMCCI, 2009).

Quando o utente recebe alta hospitalar e vai ser admitido numa unidade ou equipa prestadora da RNCCI deve fazer-se acompanhar de documentação atualizada pela EGA. Quando se referencia um utente para a unidade ou equipa prestadora deve-se ter em conta a proximidade à área de residência do utente e a sua preferência. A acessibilidade dos utilizadores deste modelo de cuidados é em função das suas necessidades e tem como destinatários as pessoas que se encontrem em situação de dependência transitória decorrente do processo de convalescença ou outro; dependência funcional prolongada; idoso com critérios de fragilidade, incapacidade grave, com forte impacto psicossocial e doença severa, em fase avançada ou terminal (DL nº101/2006).

Como critérios de exclusão, no acesso à RNCCI são considerados os seguintes: *“episódio de doença aguda que requeira internamento hospitalar, necessidade exclusiva de apoio social e necessidade de internamento para estudo diagnóstico”*, de acordo com UMCCI (2007, p.77).

Na opinião de Campos (2008, p.119), *“(...) esta reforma dos cuidados continuados visa ampliar os ganhos em saúde e gerar eficiência através de quatro dimensões”*: ganhos em

anos de vida; redução de episódios de doença ou diminuição da sua duração; decréscimo das situações de incapacidade temporária ou permanente, provocada por doenças ou sequelas de traumatismos e aumento da funcionalidade física e redução do sofrimento estável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde individual.

Na RNCCI o doente é o centro dos serviços prestados. Para isso os objetivos devem ser partilhados e devem-se alcançar em curto, médio e longo prazo, constantes do Plano Individual de Intervenção. Assim, implica envolvimento do doente, família/cuidadores no respeito das suas capacidades, necessidades e preferências e reconhecimento de que os profissionais são parte do mesmo sistema em que os objetivos e recursos são partilhados.

O enfermeiro de reabilitação numa Unidade de Média Duração tem um papel pivô, na medida em que possui competências e conhecimento que permitem dar resposta ao defendido pela rede. A rede refere que é necessário estar percetível ao doente, que apesar da sua situação crónica, é possível continuar a envolver-se em situações de vida no dia-a-dia e desempenhar as suas atividades, mesmo que seja de forma adaptada. Para garantir a qualidade de vida é necessária compreensão das necessidades, potencialidades, recursos e limitações existentes de modo a permitir a disponibilização dos suportes que possam promover autonomia, OE (2009a).

Para isto é necessário avaliar a dependência e necessidades dos utentes: a gravidade, natureza e estabilidade da patologia subjacente. Avaliar o impacto a curto, médio e longo prazo, da dependência presente na capacidade para o desempenho nas atividades que para si são importantes. Avaliar a compreensão que o doente tem da sua situação clínica, as expectativas que o doente tem em relação aos resultados dos tratamentos ministrados, as crenças e expectativas dos profissionais ao prestarem cuidados, OE (2009a).

A rede define que a avaliação multidisciplinar centrada no utente visa a individualização dos cuidados e deve ter em conta: a capacidade de atividade/restrrição, a capacidade de participação/restrrição, as perspetivas do indivíduo e os fatores contributivos da capacidade de atividade e participação, UMCCI (2009).

As perspetivas do indivíduo, no que diz respeito, às crenças, atitude, emoções, hábitos e história de vida, nível de motivação e expectativas podem constituir obstáculos à sua recuperação, ocupação/atividade e participação. Os antecedentes de saúde e restrições à atividade e participação também podem comprometer os resultados. Se o utente se encontra motivado positivamente para os cuidados, a adesão aos planos é maior com

consequentes ganhos em saúde. Se as condicionantes são multifatoriais (ambientais, psicossociais, culturais e físicos) em indivíduos com necessidades de reabilitação os cuidados podem exigir mais complexidade com necessidades de avaliação e intervenção. A maior prevalência de alterações da cognição, limitações sensoriais e comorbilidades condicionam o contexto, exigindo profissionais diferenciados.

4. Contributos teóricos para a intervenção dos enfermeiros de reabilitação

A Enfermagem de Reabilitação surge em Portugal na década de sessenta resultante da necessidade de especializar um grupo de profissionais de forma a dar resposta às necessidades dos deficientes motores, à semelhança do que acontecia em outros países. Formou-se um centro de reabilitação com uma equipa multiprofissional e multidisciplinar onde os cuidados do enfermeiro de reabilitação se debruçavam em particular com os aspetos que dizem respeito ao autocuidado e às atividades de vida diária, perspetivando-os num paradigma de recuperação funcional tendencialmente dirigida para a recuperação da autonomia nas atividades de vida (OE 2003).

A enfermagem de reabilitação compreende um corpo de conhecimentos e procedimentos específicos que possibilita ajudar pessoas com doenças agudas, crónicas ou com sequelas a maximizar o seu potencial funcional e independência. Os cuidados de enfermagem de reabilitação contribuem para melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e assim preservar a autoestima. Permite na sua intervenção o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos utentes, prevenir e evitar complicações e incapacidades e proporcionar intervenções terapêuticas que permitam melhorar e manter as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida e minimizar o impacto das incapacidades instaladas, por doença ou acidente, nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades (Portugal, 2011).

As capacidades de Autocuidado (AC) e de realização das atividades de vida diária estão a par da qualidade de vida e contribuem decisivamente para que a pessoa se realize a níveis cada vez mais elevados. O autocuidado é universal e, tal como define Queirós (2010), não se restringe às atividades de vida diárias, nem às atividades instrumentais de vida diária, mas diz respeito e abrange todos os aspetos vivenciais.

O conceito do autocuidado foi iniciado por Orem em 1956 e validado em 1967 pelo trabalho de Nursing Development Conference Group. A Teoria de Enfermagem do Défice de autocuidado engloba três teorias inter-relacionadas: A Teoria do Autocuidado; A Teoria do Défice do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, Orem (2001).

Segundo Orem (2001, pág.45) o autocuidado é definido como: *“Uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regularem o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida (ar, água, alimentos), para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana. São ações realizadas ou direcionadas para manter as condições internas ou externas necessárias para manter e promover a saúde, o crescimento e desenvolvimento. Também são ações com o foco na prevenção, alívio, cura, ou controle de condições humanas indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar. Isto inclui, quando indicado, procurar e participar na assistência clínica nas várias modalidades, como a enfermagem e outras formas de cuidados de saúde”*.

5. A teoria do autocuidado como contributo para a intervenção

Orem defende que toda a pessoa tem potencial para se autocuidar, uma vez que possui habilidades, conhecimentos e experiências que adquiriu ao longo da vida. As situações em que seja alterada essa capacidade de o realizar, as pessoas necessitam de suporte quer de pessoas que aceitam a responsabilidade pelos cuidados de pessoas dependentes (ex. familiares, amigos, vizinhos) quer de profissionais de saúde (ex. enfermeiros).

Entende-se por ação do autocuidado a capacidade ou poder do ser humano envolver-se no autocuidado e esta pode ser afetada por multifatores, que Orem define como fatores condicionantes básicos que envolve o domínios cognitivo, físico, emocional ou psicossocial e do comportamento. O domínio cognitivo diz respeito ao conhecimento da condição de saúde e das habilidades cognitivas necessárias para cumprir a ação de autocuidado, ex. habilidades na tomada de decisão. O domínio físico defende que é capacidade física da pessoa para realizar a ação de autocuidado. O domínio emocional ou psicossocial refere que são as atitudes, os valores, o desejo, a motivação e a percepção de competência na realização da ação do autocuidado. O domínio do comportamento refere que é possuir habilidades para executar os comportamentos do autocuidado, Orem (2001, p.245).

Em 1970 Nursing Development Conference Group introduziu o termo necessidade terapêutica. Segundo McEwen & Wills (2009) a intervenção do enfermeiro é realizada de forma terapêutica na satisfação das necessidades de AC, uma vez que a pessoa é incapaz em determinar ou executar as necessidades de AC.

Orem também desenvolve o conceito de requisitos de AC e assenta em 3 categorias. Os requisitos universais de AC, os requisitos de AC de desenvolvimento e os requisitos de AC no desvio de saúde. Os requisitos universais de AC são comuns a todos os seres humanos durante todas as etapas do ciclo de vida. Estão associados aos processos de vida e manutenção da integridade, estrutura e do funcionamento humano. Os requisitos de AC de desenvolvimento são importantes para a formação inicial das características humanas, estruturais, funcionais e comportamentais e do seu movimento dinâmico em direção a níveis cada vez maiores e mais complexos de organização e funcionamento. Os requisitos de AC no desvio de saúde estão associados a formas específicas de doença ou intervenções de diagnóstico e tratamento, Orem (2001, p.225).

Para se compreender a importância deste modelo nas Unidades de Cuidados Continuados torna-se essencial aprofundar as teorias expostas por Orem. Na teoria do défice do autocuidado defende e exprime a razão pela qual as pessoas necessitam de cuidados de enfermagem. Identifica cinco métodos de ajuda: 1) agir ou fazer pela pessoa, 2) guiar ou orientar, 3) proporcionar apoio físico ou psicológico, 4) proporcionar e manter um ambiente de apoio de desenvolvimento pessoal, e 5) ensinar, Orem (2001). Todos estes métodos são usados pelo Enfermeiro de Reabilitação na assistência dos cuidados continuados.

O déficit de AC surge quando as necessidades são superiores à capacidade da pessoa. Assim, estabelece-se a relação entre a capacidade de ação e as necessidades de cuidado. Este conceito orienta o cuidado e permite que se adequem os métodos de auxílio e a compreensão do papel das pessoas no AC. O enfermeiro adequa a sua intervenção perante a avaliação deste déficit, Orém (2001).

A teoria dos Sistemas de Enfermagem *“estabelece a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem”*, Orém (2001, p.147). Determina-se como é que os enfermeiros, as pessoas ou ambos, dão resposta às necessidades de AC. O sistema de enfermagem concebido pelos enfermeiros é baseado nas necessidades de AC e nas capacidades da pessoa no desempenho das atividades do AC. Os cuidados de enfermagem são exigidos quando existe um déficit de AC entre aquilo que a pessoa pode realizar (ação de AC) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade de AC).

A reabilitação como processo dinâmico que é permite que a pessoa com limitação funcional desenvolva conhecimentos e competências para promoção de autonomia. O EEER concebe, implementa e monitoriza planos de reabilitação baseados nos problemas reais e potenciais da pessoa. O seu conhecimento e experiência acrescida permitem-lhe tomar decisões relativas à promoção da saúde, prevenção de complicações, tratamento e reabilitação maximizando o potencial da pessoa (Ordem dos enfermeiros, 2011a).

De acordo com a OMS/Direção Geral da Saúde (2003) um dos objetivos primordiais do EEER é capacitar a pessoa de modo a alcançar um elevado nível de funcionalidade no que diz respeito às funções do corpo e à atividade e participação. De acordo com o definido pela ICN (2011, p.41) o autocuidado é uma *“atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida”*.

Como já foi referido anteriormente Orem (1993) traz uma concetualização de autocuidado e cuidados de enfermagem importante para a enfermagem de reabilitação. De acordo com Cunha et al. (2005), Orem descreve, três passos fundamentais no processo de cuidados, o diagnóstico e prescrição, o planeamento dos sistemas de enfermagem, das metas e das intervenções e a produção e execução do sistema de enfermagem. O diagnóstico e prescrição determinam a necessidade ou não de cuidados de enfermagem. No planeamento dos sistemas de enfermagem, das metas e das intervenções, o enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação. No que respeita à produção e execução do sistema de enfermagem, o

enfermeiro presta auxílio ao utente /família no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar os resultados identificados e descritivos de saúde, Cunha et al. (2005).

Segundo Leite e Faro (2005) na fase diagnóstica do processo de enfermagem de reabilitação é realizado o exame físico e entrevista ao cliente. O levantamento de dados específicos relacionados com a deficiência física e incapacidade para o autocuidado, nortearão as ações da enfermagem especializada. Durante a entrevista são verificados os hábitos de vida relativos à alimentação, hidratação, eliminação urinária e intestinal, bem como o padrão atual dessas últimas.

Após a identificação dos problemas de saúde do utente e do planeamento das metas e intervenções seguem-se as intervenções propriamente ditas. As intervenções de enfermagem de reabilitação são um conjunto de atividades estruturadas, que o profissional desenvolve tendo em conta a globalidade, quer da pessoa, quer do contexto (familiar e ambiente físico). No seu modelo assistencial, a enfermagem de reabilitação toma alvo dos seus cuidados o utente e o cuidador. O enfermeiro de reabilitação *“(...) demonstra um interesse e empenho particular, no processo de cuidados, de modo a tornar a pessoa dependente/cuidador familiar, o verdadeiro centro do processo de reabilitação (...)”* Santos et al. (2009, p. 16).

No contexto deste trabalho, é fulcral compreender e refletir sobre as intervenções de enfermagem de reabilitação na procura da máxima autonomia e independência possível para o autocuidado. Shi (2008), refere que, na abordagem de cuidados continuados em utentes com patologias crónicas, existem três domínios que influenciam o modelo de ação: o cognitivo, as respostas fisiológicas e o domínio emocional/espiritual. Considera-se que a intervenção do enfermeiro de reabilitação, na componente cognitiva, situa-se no domínio dos processos de ensino-aprendizagem, tanto do utente como do cuidador. A componente das respostas fisiológicas, situa-se no domínio dos processos corporais e a componente emocional/espiritual, enquadra-se no domínio do comportamento emocional.

A intervenção no domínio dos processos de ensino-aprendizagem, recorrem a intervenções do tipo, ensinar, instruir, treinar e aconselhar, tomando alvo o utente/cuidador. Enquadram-se no âmbito da capacitação do utente para o desempenho do autocuidado, capacitação do cuidador para assistir a pessoa dependente no autocuidado, informar e habilitar utente e cuidador na utilização de produtos de apoio.

O processo ensino-aprendizagem decorre de forma sistematizada e compreende três fases: ensino/instrução e treino. A aquisição de competências passa primeiro pelo ensino, este enquadra-se *“numa lógica de transferência de conhecimentos e capacidades”* (Petronilho, 2007 p. 76), tratando-se de uma transmissão de informação teórica mais centrada no domínio cognitivo. O segundo, a instrução, refere-se na explicação e demonstração de técnicas, comportando-se o enfermeiro como modelo de cuidados. Na última fase, treinar, o utente ou cuidador, executa a tarefa e o enfermeiro passa a fazer supervisão, esclarecendo dúvidas e corrigindo, se necessário. Na prática muitas vezes estas fases são de difícil dissociação e são trabalhadas em conjunto.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros na definição de competências específicas do enfermeiro de reabilitação refere que *“a elaboração e implementação de programa de treino de AVD’s visa a adaptação às limitações da mobilidade e à maximização da autonomia e qualidade de vida”* (OE, 2010 p.4). O enfermeiro de reabilitação tem a competência de *“ensinar, instruir, treinar, orientar e motivar os utentes nas atividades de vida diárias, para níveis máximos de independência, quer os respetivos cuidadores familiares no processo de reabilitação, promovendo o autocuidado”* (Santos et al., 2009, p. 19).

De forma a promover a autonomia/independência no autocuidado o enfermeiro em conjunto com o utente recorre a estratégias adaptativas no sentido de superar incapacidades e/ou minimizar as desvantagens que lhe estão associadas. Num estudo sobre autocuidado em utentes com hemiplegia, Melo (2010), mostra que o ensino de estratégias adaptativas e treino de capacidades do utente, para o autocuidado, transformam-se em ganhos em independência e autonomia.

Para além das estratégias adaptativas, existem técnicas específicas de capacitação para o treino de autocuidado que devem fazer parte do domínio de intervenção do EEER. Atividades como a marcha, subir/descer escadas e a transferência requerem um treino específico e adaptado.

Sequeira (2010, p. 181) refere que torna-se necessário negociar os cuidados com o utente no sentido em que a *“substituição é apenas desejável a partir do momento em que existe uma incapacidade total para o desempenho de determinada função”*.

Aconselhar e capacitar o utente para a utilização de produtos de apoio surge como uma intervenção no uso de competências do enfermeiro de reabilitação. Este realiza treinos específicos de AVD’s, utilizando produtos de apoio (ajudas técnicas e dispositivos de

compensação. *“O EEER ensina e supervisiona a utilização de produtos de apoio, tendo em vista a máxima capacidade funcional da pessoa”*. (OE, 2010, p. 4).

Lourenço e Mendes (2010, p. 56/57) referem que o EEER assume a responsabilidade de *“informar/advogar/instruir/treinar o uso de equipamento adaptativo para a transferência, vestuário, higiene, uso de sanitário e alimentação”*, na medida em que os produtos de apoio são recursos que facilitam a autonomia/independência nos diferentes domínios do autocuidado, pelo que a sua prescrição e capacitação para o seu uso deve fazer parte do plano de intervenção do EEER.

Outra das áreas de intervenção do EEER relaciona-se com os processos corporais. A mobilidade, bem como as sinergias músculo-articulares interferem com a capacidade funcional para o desempenho das atividades de autocuidado e têm uma relação significativa com o grau de dependência. No sentido de potenciar as capacidades físicas dos utentes o EEER elabora planos de intervenção onde estão inseridos exercícios de coordenação motora, treino de equilíbrio, motricidade fina e fortalecimento muscular.

Petronilho identifica quatro fatores importantes determinantes para a perda de autonomia ao nível das alterações dos processos corporais: *“A perda da capacidade para realizar movimentos articulares finos (com enfoque nos dedos da mão) a perda de força muscular no geral (grupos musculares mais fortes: membros superiores, inferiores e tronco), a perda de equilíbrio e a perda da capacidade na coordenação dos movimentos”* (2010, p.45).

A melhoria da motricidade fina contribui diretamente em alguns autocuidados nomeadamente no arranjo pessoal e vestuário. Petronilho et al. (2010) referem que uma maior destreza para realizar movimentos finos pode ser determinante no desempenho de atividades inerentes ao autocuidado. O arranjo pessoal e o vestuário têm particularidades que exigem a execução de movimentos finos, como por exemplo, atividades tais como, maquilhagem, desfazer a barba, cuidar das unhas, abotoar botões ou apertar cordões.

A capacidade funcional para o autocuidado relaciona-se com a funcionalidade do sistema músculo-articular (amplitude articular e força muscular). Executar programas de exercícios de fortalecimento muscular dos membros superiores e/ou inferiores (trícipites e quadricípites) contribuem para a promoção da autonomia. Lourenço e Mendes (2010, p. 56) defendem que *“para executar a atividade de transferência é indispensável o envolvimento dos extensores do cotovelo para realizar “push-up” e sustentação do peso do corpo”*. A marcha é mais um dos autocuidados que beneficia diretamente do programa de

fortalecimento muscular. Para melhorar o desempenho na marcha é fulcral *“executar exercícios de contração muscular (...) potenciar a força muscular dos músculos da coxa (...) membros superiores e tronco”* (Lourenço e Mendes, 2010, p. 58).

Os exercícios músculo-articulares, para além da força melhoram a amplitude articular. Torna-se pertinente diminuir as complicações inerentes à imobilidade dos músculos e manter a mobilidade articular, evitando contracturas e mantendo a elasticidade muscular. Lourenço e Mendes (2010) referem que a extensão/flexão do cotovelo é a ação motora mais solicitada no autocuidado vestir/despir e por isso importa manter a mobilidade desta articulação.

O equilíbrio corporal, a coordenação motora e as alterações posturais, são outros domínios a intervir. AVD's como andar, transferir, uso do sanitário, levantar da cama ou mesmo alimentar-se podem ser para o utente de difícil execução. Berg et al. (1989) corroboram esta ideia e realizam a avaliação do equilíbrio estático e dinâmico em situações envolvendo várias atividades do dia-a-dia. Índices baixos na escala de Berg são indicadores de comprometimento no equilíbrio e pressupõe que a pessoa necessita de ajuda/supervisão para a execução de determinadas tarefas. Melhorar o equilíbrio corporal através de técnicas de treino de equilíbrio e correção postural frente ao espelho são intervenções para potenciar autonomia do autocuidado transferência e marcha, conforme afirmam Lourenço e Mendes (2010).

A promoção da autonomia/independência para o autocuidado alimentar-se pode assumir aspetos importantes em utentes com alterações da musculatura e sensibilidade da cavidade oral e face, que interfiram com alguma fase alimentação desde a manipulação de alimentos na boca até à deglutição. Lourenço e Mendes (2010 p. 57/58) defendem que se devem executar exercícios para *“melhorar o controlo do bolo, estimular o reflexo de deglutição; fortalecer a adução das cordas e treino de exercícios de fortalecimento dos músculos faciais em frente ao espelho”*.

As intervenções para o controlo de eliminação surgem numa abordagem ampla, desde execução de exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica, ao ensino de estratégias e técnicas específicas de estimulação da eliminação, ensino sobre autocontrolo e ingestão hídrica ou mesmo aconselhamento de material adaptativo, Lourenço e Mendes (2010).

O comportamento emocional surge também no âmbito do domínio da intervenção o EEER, com reforço de incentivo e motivação, ou seja, reforço positivo. Segundo Sequeira (2010,

p.146) é necessário e fundamental *“efetuar reforços positivos e estimular a participação em atividades de acordo com as capacidades da pessoa”*. Burton e Gibbon (2005) acrescentam que o processo de reabilitação contempla intervenções complexas e devem ser fundamentadas em relações motivacionais entre enfermeiro, cliente e cuidador familiar.

Em suma, as intervenções do EEER centram-se nas alterações percepcionadas relativamente ao autocuidado e objetivam alcançar níveis máximos de autonomia e independência no mesmo. As intervenções de enfermagem de reabilitação assumem como beneficiário o utente e cuidador e situam-se principalmente em domínios dos processos de ensino-aprendizagem, dos processos corporais e no domínio do comportamento emocional. Incluem intervenções do tipo ensino/instrução/treino e motivação para o autocuidado, exercícios músculo-articulares e aconselhamento e capacitação para utilização de produtos de apoio.

6. O processo de reabilitação como chave para o desenvolvimento do programa de intervenção

Segundo Carvalho e Mota (2002), um programa de exercícios tem como objetivo a obtenção de ganhos para a saúde e a aptidão física da pessoa, ou mesmo, para tratar ou reabilitar uma doença e co-morbilidades associadas.

Aquando a elaboração de um programa de exercícios deve-se ter em conta princípios fisiológicos. O princípio da adaptação é considerado como o principal e indica que uma capacidade fisiológica específica deve ser trabalhada através de um fornecimento de estímulo de treino físico, dentro de um certo limite e uma base regular, levando ao seu melhoramento (ACSM, 2006).

O plano de exercícios deve de ser capaz de corresponder ao processo de reabilitação de uma pessoa num contexto global, mas também num âmbito específico voltado para a enfermagem de reabilitação.

Para Borgneth (2004) trabalhar no processo de reabilitação significa estar direcionado para as capacidades da pessoa, na conquista da sua adaptação a uma nova realidade, colocando a sua viabilidade e possibilidade como componentes fundamentais.

A reabilitação é um processo de ação continuada, com realização prolongada de qualquer atividade, uma sequência permanente de factos ou operações, que enquadram uma unidade e que mantêm uma certa regularidade. O processo de reabilitação, segundo Andrade et al (2010) é descrito como um desenvolvimento de capacidades perdidas para possibilitar uma restituição nas dimensões psicológicas, físicas ou sociais, por forma a retornar o máximo possível ao quotidiano, com qualidade, melhorando a autoestima e o nível de independência.

O processo de reabilitação está associado a uma diversidade de variáveis, com foco no autocuidado. Para Borgneth (2004) o desenvolvimento dos níveis de dependência, permite a integração de novo no contexto, conjuga as potencialidades com as alterações. Permite um regresso a uma funcionalidade anterior ou até mesmo social (Pereira, 2007).

O processo de reabilitação centra os objetivos no desenvolvimento das capacidades potenciais da pessoa, permite uma maior independência em todas as dimensões (Santos e Rabiais, 2015).

Com objetivo de uma melhoria da funcionalidade, para que possa atingir maior independência e satisfação, o enfermeiro especialista em reabilitação *“concebe, implementa e monitoriza planos de enfermagem de reabilitação diferenciados (...) maximizando o potencial da pessoa. A sua intervenção visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de enfermagem de reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais dos clientes, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como proporcionar intervenções terapêuticas que visam melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida, minimizar o impacto das incapacidades instaladas, nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca, ortopédica e outras deficiências e incapacidades. Para tal o utiliza técnicas específicas de reabilitação, Regulamento nº 122/2011, p.8658.*

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação numa abordagem mais específica das suas funções procede à colheita de dados, não só a nível motor e de sensibilidade, mas também ao nível dos autocuidados. Usa instrumentos de medida, avaliando as capacidades da pessoa para o desempenho das suas atividades de vida diária

num contínuo de dependência/independência, permitindo elaborar diagnósticos de enfermagem relacionados com as alterações encontradas. Após esta etapa inicial e em conformidade com a pessoa, traça o plano para cada diagnóstico anterior de forma a implementar intervenções específicas e *“otimizar e/ou reeducar a função”* (Regulamento nº122/2011, p.8659), elaborando programas de reeducação funcional para os sistemas alterados.

O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação pode selecionar e prescrever *“produtos de apoio, ajudas técnicas e dispositivos de compensação”* (Regulamento nº122/2011, p.8659). Sugere-se que a implementação de intervenções englobe o ensino, a instrução e o treino de todas as técnicas com o objetivo primordial de desenvolvimento do autocuidado.

Leite e Faro (2005) referem que pode-se olhar para o processo de reabilitação numa dimensão físico-motora ou psicossocial. O processo de reabilitação deve-se iniciar logo após as alterações ocorrerem na vida das pessoas e o caminho deve fazer-se face à dependência/independência em todas as atividades de vida alteradas com objetivos validados com as pessoas/cuidadores. As etapas do processo de reabilitação surgem no percurso realizado em cada AVD.

O desenvolvimento do autocuidado é visto como um dos caminhos cruciais na especificidade da enfermagem de reabilitação. Segundo Maciel et al. (2015a) o reconhecer dos fatores que podem potenciar o autocuidado é essencial para o desenvolvimento das intervenções.

Para Costa (2010, prefácio I), *“o caminho é longo e ainda temos muito trabalho pela frente para termos uma melhor e maior Enfermagem de Reabilitação”*. Para Freitas et al. (2010, p.312-313), enquanto Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação podemos *“dar o nosso contributo na assistência à pessoa considerando-a como um todo participante no seu processo de reabilitação (...). Sabendo que os cuidados de enfermagem são complexos só podem ser realizados através de um conjunto de competências (...). Um dos aspetos importantes da reabilitação é a reintegração social sendo necessário reajustar a situação do doente, e arranjar meios de colmatar ou suprir as suas dificuldades no meio que o rodeia”*.

CAPÍTULO II – PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

Depois de mergulhar na problemática dos cuidados de reabilitação, este capítulo, tem como objetivo, explanar como o estudo se prepara para validar se há ganhos com os idosos internados numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, pelo que a seguir se apresentam as opções metodológicas.

Inicia-se este capítulo por rever os conceitos teóricos considerados importantes para orientar o estudo. Após a abordagem concetual do contributo da enfermagem de reabilitação, os cuidados do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, a contextualização das Unidades de Média Duração e Reabilitação inseridas na RNCCI e o autocuidado como parte fulcral e de grande interesse para o EEER, surge a necessidade de relatar o trabalho de campo e o percurso metodológico realizado no presente estudo. Surge assim necessidade de construir um instrumento adequado de forma a perceber a evolução dos utentes em programa de enfermagem de reabilitação numa UMDR.

O programa de reabilitação do presente estudo foi desenvolvido tendo em conta as intervenções de enfermagem de reabilitação. As intervenções de enfermagem de reabilitação são desenvolvidas ao nível dos processos corporais e estão relacionadas com os exercícios músculo-articulares, o treino de equilíbrio, as técnicas de mobilização articular e propriocetivas e sobretudo com os autocuidados.

De forma a sistematizar o estudo partiu-se de um conjunto de objetivos desde o início do desenvolvimento do trabalho, isto é, desde a fase concetual. Para Fortin (2009, p.160) *“(...) o enunciado do objetivo de investigação deve indicar de forma clara e límpida qual é o fim que o investigador persegue, os objetivos indicam claramente o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo e são as linhas orientadoras no percurso de uma investigação”*.

Como tal, foram delineados os seguintes objetivos:

- Descrever as condições de independência no autocuidado dos idosos no momento da admissão e na alta;
- Analisar as diferenças da independência dos idosos antes e após a implementação do programa.

A finalidade deste estudo consiste em contribuir para melhorar as condições físicas, psicológicas e sociais dos idosos a partir de um programa de intervenção numa unidade de média duração e reabilitação e assim conhecer os contributos do trabalho dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em UMDR.

Assim, como corrobora Reis (2010) é a organização crítica das práticas de investigação que vai permitir auferir conclusões fiáveis e consonantes com os propósitos, a que o investigador se propõe a encetar, condição necessária para que o estudo tenha rumo e possa ser analisado de forma crítica por outros investigadores.

Tal como Fortin (2009) defende que é nesta fase que se procede à determinação dos métodos a utilizar para obter respostas às questões de investigação, sendo por isso necessário, escolher um desenho apropriado, que varia de acordo com o objeto de estudo, define-se a população e a amostra e elege-se o instrumento de recolha de dados que melhor se adequa.

A metodologia define assim um conjunto de métodos e técnicas que guiam o processo de investigação, sendo objetiva, operacionalizando o estudo, determinando o tipo de estudo, as variáveis, o local do estudo e a população que o constitui. Deste modo Fortin (2009, p.53) afirma que o investigador *“(...) assegura-se da fidelidade e da validade dos métodos de colheita de dados de maneira a obter resultados fiáveis (...) e as decisões tomadas na fase metodológica determinam o desenrolar do estudo”*.

Nesta linha de pensamento explica-se os aspetos metodológicos que melhor norteiam este estudo seguindo as opções metodológicas de diferentes autores. De seguida serão explanados: a contextualização da problemática, as questões de investigação. Define-se a amostra, o instrumento de recolha de dados e o processamento dos mesmos assim como as considerações éticas que atendem o estudo.

1. Contextualização do problema

Existe uma crescente importância no que diz respeito aos indicadores de resultados dos cuidados de saúde e, nomeadamente, dos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de

enfermagem de reabilitação. Considerando que em contexto das Unidades de Média Duração e Reabilitação, uma grande parte do trabalho dos enfermeiros de reabilitação, tem como objetivo potenciar ao máximo a autonomia/independência da pessoa para o autocuidado, torna-se pertinente ter instrumentos capazes de medir a evolução dessa independência, dando ao mesmo tempo visibilidade aos cuidados específicos da enfermagem de reabilitação.

A RNCCI é uma estratégia a nível nacional para a prestação de cuidados a pessoas e cidadãos em situação de dependência, sendo que o âmbito de intervenção se fundamenta no princípio dos “3R’s”: Reabilitação, Readaptação e Reinserção (UMCCI, 2007b) como referido na revisão da literatura.

As UMDR são uma das tipologias preconizadas por este modelo de cuidados, surgem como: *“para dar resposta às pessoas que na sequência de doença aguda ou reagudização de doença crónica perderam a sua autonomia e funcionalidade, mas que podem recuperá-la e que necessitem de cuidados de saúde, reabilitação funcional e apoio social e pela sua complexidade ou duração, não possam ser assegurados no domicílio, com previsibilidade de ganhos funcionais até 90 dias consecutivos”,* UMCCI (2017, p.30). Estas permitem uma continuação de cuidados depois do momento da alta do hospital de agudos e preenchem a lacuna que existe entre esse momento e o regresso a casa da pessoa dependente, quando o impacto da incapacidade requer períodos de aprendizagem e adaptação, quer para o utente quer para a família.

As equipas multidisciplinares garantem os cuidados prestados e na UMDR insere-se a equipa de enfermagem, nomeadamente a enfermagem de reabilitação, que tem um trabalho integrado e pró-ativo centrado na pessoa dependente e família. Esta tipologia de cuidados destina-se fundamentalmente à reabilitação, ao ensino e treino dos autocuidados e à rápida reintegração do utente no seu meio social em condições de maior independência possível.

Hesbeen (2003) já defendia que o valor da equipa encontra-se na capacidade, que os diferentes autores dessa equipa têm e os recursos de que dispõem, de articular os meios de modo a oferecerem à população uma verdadeira combinação de competências.

Os cuidados continuados para os enfermeiros de reabilitação são de acordo com a Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação (CEER, 2010, p. 22) *“(…) mais uma oportunidade para estes profissionais fazerem uso das suas competências que detêm e*

ao coloca-las em prática, contribuir para a qualidade dos cuidados de enfermagem”. Por isso estamos convictos que são mais uma oportunidade para os enfermeiros, nomeadamente os especialistas de enfermagem de reabilitação, darem visibilidade ao seu trabalho, justificarem a sua necessidade nestes serviços e expandirem outras competências, indo para além das que são específicas do seu âmbito profissional.

Tal como o defendido pela Comissão de Especialidade de Enfermagem de Reabilitação a presença dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação são uma mais valia para a qualidade dos cuidados de enfermagem, pois são profissionais com competências e conhecimento aprofundados e que têm em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e são um dos pilares nesta política de cuidados, já que as tipologias delineadas *“(…) estão vocacionadas para a prestação de cuidados às pessoas, famílias e grupos vulneráveis e em situação de maior risco ou dependência física ou funcional”*, CEER (2010, p.22).

As unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados constituem novos campos de atuação para estes profissionais de saúde tal como corrobora Serrano et al. (2011) os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências.

Segundo a OE (2009a), os enfermeiros, nomeadamente os EEER, neste espaço de cuidados substituem, ajudam e complementam as competências funcionais da pessoa em situação de dependência, na consecução das suas necessidades fundamentais. A sua intervenção é orientada para a satisfação dessas necessidades, a máxima independência na realização das atividades de vida, os processos de readaptação funcional aos défices, ajudando a pessoa-alvo desses cuidados.

Neste tipo de cuidados que exigem respostas centradas no utente/família e orientadas para aquilo que estas podem ainda executar do que para as suas incapacidades, os EEER desempenham um papel preponderante dado que detêm um conjunto de conhecimentos e competências e experiência acrescida que lhes permite efetuar com segurança um juízo clínico e levantar necessidades das pessoas de forma a elaborar um plano de intervenção individualizado e diferenciado.

O problema de investigação é um enunciado formal e objetivo em forma de afirmação implicando a possibilidade de uma investigação empírica para encontrar uma resposta Fortin, (1999). Procedeu-se a uma pesquisa exploratória com leitura de artigos e documentos com intuito de clarificar e delimitar o problema de investigação. A questão

inicial de investigação *“tenta exprimir o mais exatamente possível aquilo que se procura saber, elucidar e compreender melhor. A pergunta de partida servirá de primeiro fio condutor da investigação”* (Quivy e Campenhoudt, 1992, p.41), pelo que, se propõe a questionar: “Será que um programa de intervenção em reabilitação dirigido a idosos internados numa Unidade de Média Duração contribui para aumentar a sua independência?”.

A partir desta pergunta inicia-se o desenho de estudo que serve *“à estrutura geral ou plano de investigação”* (Ribeiro, 1999, p.41). O percurso metodológico permite perceber como a investigação se desenrola, sendo que *“a metodologia está para a investigação como o sujeito está para o conhecimento”* (Deshaies, 1992, p.25). Para a concretização deste trabalho e na seleção do caminho a percorrer, várias são as possibilidades para o investigador. A seleção da direção que deve tomar, atribuir-se à filosofia do investigador, o tipo de estudo a realizar e os objetivos a atingir.

O presente estudo é assim de carácter descritivo e com um desenho de pré /pós-programa, baseado no paradigma quantitativo. Enquadra-se num paradigma quantitativo, na medida em que se pretende objetivar e quantificar uma realidade. As pesquisas quantitativas, envolvem análise de números e o conhecimento que resulta é baseado em observação, medição e na interpretação cuidadosa da realidade objetiva (Sousa et al., 2007).

Esta pesquisa observa e documenta vários aspetos do fenómeno em análise, descreve o que existe de facto, determina a frequência e categoriza a informação (Sousa et al. 2007), por isso, é considerado um estudo descritivo. Para Fortin (1999) os estudos descritivos visam obter mais informação das características de uma população ou de um fenómeno. O presente estudo insere-se nesta tipologia, uma vez que, pretende conhecer de forma mais aprofundada, o grau de independência no autocuidado dos utentes antes e após a implementação de um programa de reabilitação numa UMDR, bem como, descrever a intervenção do enfermeiro de reabilitação nesse contexto e explicar o impacto das suas intervenções.

Pretende-se estudar num delimitado momento de tempo, ou seja, aquando a aplicação do instrumento de colheita de dados antes e após programa. Tendo em conta que apenas o grupo experimental é exposto ao programa de reabilitação esta avaliação em dois momentos permite verificar se ocorreu alguma mudança com a intervenção (Almeida, et al., 2003) e neste estudo, particularmente, verificar os ganhos com os cuidados de reabilitação.

O desenho da pesquisa, é um guia utilizado para o planeamento, implementação e análise do estudo, é um plano traçado para responder à pergunta de investigação (Sousa et al. 2007). O caminho deste estudo passou por diferentes fases e iniciou-se com a seleção do tema e culmina com a apresentação e discussão dos resultados.

O plano de investigação contemplou alguns procedimentos:

- Análise e revisão de programas utilizados na promoção da autonomia para o autocuidado. Apreciação dos mesmos no sentido de aferir quais os itens e dimensões que seriam pertinentes para o integrar;
- Análise e revisão da literatura sobre quais as intervenções de enfermagem de reabilitação, desenvolvidas no sentido da promoção da independência do utente;
- Construção do formulário e do programa de reabilitação com os aspetos mais relevantes da análise dos documentos;
- Execução do programa de reabilitação aos utentes internados na UMDR;
- Recolha de dados em dois momentos;
- Análise e discussão dos dados resultantes da aplicação do programa de reabilitação, bem como das intervenções de enfermagem de reabilitação.

Após clarificado o problema de investigação, definido o tipo de estudo e traçado o percurso a seguir torna-se necessário selecionar as perguntas de investigação e as variáveis e dar continuidade à parte metodológica.

2. Perguntas de investigação

Para Fortin (2009) as questões de investigação estão ligadas a um conhecimento menos avançado, são mais precisas que a questão preliminar. Assim e no sentido de tornar claro o caminho da investigação e compreender a problemática do estudo formulou-se as seguintes perguntas de investigação:

- Quais as capacidades de autocuidado dos idosos no momento da admissão?
- Será que há alterações significativas na independência no autocuidado dos idosos no momento da alta?
- Qual a evolução da independência dos idosos após a implementação do programa de reabilitação?

As questões aproximam-se da necessidade de deixar claro que variáveis a utilizar para responder a estas questões.

3. Variáveis em estudo

De acordo com Pocinho (2009, p.22) variável *“é a propriedade em relação à qual os utentes de uma amostra variam”*. Refere ainda que podem existir várias classificações de variáveis definidas como primárias e complementares. As primárias, são as variáveis principais do estudo, ou seja, têm importância na conclusão do mesmo, as complementares, por seu lado, são as que caracterizam a amostra. De acordo com Fortin (1999) operacionalizar variáveis significa explicar os conceitos de forma, a que estes possam ser observados e medidos, neste processo especifica-se as dimensões do conceito e a conversão em indicadores empíricos para medir as variáveis da amostra em estudo. Tendo em consideração a classificação das variáveis destes autores procedeu-se à classificação e operacionalização das variáveis do estudo. Das variáveis em estudo fazem parte: as características sócio-demográficas, a força muscular dos membros superiores e inferiores, a independência no autocuidado, o equilíbrio, o risco de queda e a sensibilidade térmica, tátil, dolorosa e propriocetiva nos quatro membros, com suporte à Escala Medical Research Council (MRC), ao Índice de Barthel, à Escala de Tinetti e à Escala de Morse, respetivamente.

As características sócio-demográficas define-se neste estudo como variável complementar, uma vez que, caracteriza a amostra do estudo descrevendo o perfil dos utentes sujeitos ao programa de reabilitação da UMDR. Do presente estudo fazem parte as dimensões idade, nível de escolaridade, sexo, estado civil, proveniência, prestador de cuidados, tempo de imobilidade e diagnóstico de internamento. A componente diagnóstico de internamento foi operacionalizada tendo em conta as dimensões patologia e estas foram agrupadas por

especialidades médico-cirúrgicas. As restantes variáveis incluem-se no leque das variáveis primárias.

Diversos estudos sobre métodos de avaliação física-funcional vêm a ser realizados com o objetivo de criação e desenvolvimento de escalas específicas, outros de questionar a viabilidade ou confiabilidade de tais escalas e outros de mensurar resultados de algum tipo de intervenção, seja esta medicamentosa, cirúrgica ou de reabilitação.

O primeiro e mais utilizado destes métodos foi criado em 1943 pelo Medical Research Council (MRC) que ao elaborar um Atlas sobre inervação periférica, incluiu testes motores e sensoriais adaptados a pacientes com doenças nervosas periféricas, tornando-se referência mundial e sendo periodicamente revisado e reeditado. Por isso, para avaliar a variável força muscular (FM) foi usada a escala MRC por apresentar índices de validade e confiabilidade. O teste de FM no MRC, conhecido como teste muscular manual (TMM) consiste na avaliação manual da força muscular com a seguinte graduação: 0 – sem contração; 1 – traços de contração; 2 – movimentos ativos, desde que com a eliminação da gravidade; 3 – movimentos ativos contra a gravidade; 4 – movimentos ativos contra a ação da gravidade e contra a resistência; 5 – força normal. O grau 4 é subdividido em: (4+) – contra forte resistência; (4) – contra moderada resistência e (4-) contra resistência insignificante (Medical Research Council, 1976).

A variável independência no autocuidado constitui uma das principais variáveis do estudo. A sua avaliação faz recurso ao Índice de Barthel, que foi criado em 1965 e quantifica as AVD's. Constituído por 10 categorias, cada atividade apresenta entre 2 a 4 níveis de dependência, é representado pelos valores 0, 5, 10 e 15 que traduzem o nível de dependência ou independência do indivíduo na realização das AVD's. Para cada categoria, o valor zero expressa o nível de dependência total do indivíduo e o valor 15 expressa a independência na realização da atividade (Sequeira, 2007). O somatório final de todos os valores fornece o Índice de Barthel.

No índice de Barthel foram avaliadas as atividades alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, dejeções, micção, uso de sanitário, transferência cadeira-cama, deambulação e escadas. O estudo desenvolvido por Araújo et al. (2007) revela que o índice de Barthel é um instrumento com um nível de fidelidade elevado (alfa de Cronbach de 0,96). No contexto clínico o Índice de Barthel dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total mas também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, porque permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às

necessidades (Araújo et al., 2007). Esta variável exprime a independência no autocuidado dos utentes e permite conhecer e perceber qual a sua evolução durante o processo de reabilitação.

Para avaliar a variável equilíbrio recorreu-se à Escala de Tinetti. A escala de Tinetti foi criada em 1986 por Tinetti, Williams e Mayewski (Abreu et al., 2008). Classifica aspetos da marcha como velocidade, distância do passo, a simetria e o equilíbrio em pé, o girar e também as mudanças com olhos fechados (Silva et al., 2007). Fez-se recurso a esta escala na medida em que não requer um equipamento sofisticado e é confiável para detetar mudanças significativas durante a marcha. O recurso e uso deste instrumento de avaliação possibilitam ações preventivas, assistenciais e de reabilitação fornecendo assim importantes implicações na qualidade de vida dos utentes.

Para operacionalizar a variável quedas foi utilizada a escala de Morse. As quedas são o segundo efeito adverso mais comum durante a hospitalização e podem causar complicações graves (Baek et. al., 2013). A Morse Fall Scale, publicada em 1989 (Morse J., Morse R., & Tylko, 2010), é um dos instrumentos de avaliação do risco de queda. A escala foi recentemente traduzida, adaptada e validada para a língua portuguesa (de Urbanetto et al., 2013) e é atualmente avaliada de 48 em 48 horas em doentes hospitalizados.

A escala demonstra a sua validade preditiva bem como a sua fiabilidade entre avaliadores (Morse, 2006; Morse, 2009). A idade superior a 65 anos, a maior duração do tempo de internamento e o diagnóstico são fatores de risco para a ocorrência de queda, podendo ser indicadores importantes para a implementação de medidas de prevenção adequadas a cada situação. Idealmente as escalas devem ser calibradas para cada unidade, para que as estratégias de prevenção sejam dirigidas a doentes que estão em mais risco, isto é, os valores que fazem a separação entre um doente sem e com risco podem ser diferentes se está a ser usada a escala em hospitais de agudos ou crónicos. Até mesmo dentro da mesma organização a escala pode ter pontos de cortes/valores diferentes (Morse, 2009).

O risco de queda varia em função do tipo de doente, assim como em diferentes momentos do dia e nas diferentes situações do doente (Morse, 2009). Os pontos de corte definidos pela autora da escala situam-se no intervalo entre 25 e 55 pontos, sugerindo que o ponto de corte para alto risco de queda num hospital de doentes agudos, ou numa unidade de doentes cirúrgicos, onde poucos doentes terão um risco de queda alto, seja colocado no score 25. Pelo contrário nos hospitais ou nas unidades destinadas a doentes crónicos ou unidade de doentes com patologia cerebrovascular, a autora sugere que o score de alto

risco seja aferido para o score 45. Morse (2009) alerta também que o ponto de corte da escala não deve situar-se acima dos 55 pontos. O melhor método para definir o ponto de corte de acordo com Morse (2009) é avaliar o risco a todos os doentes internados num determinado serviço e analisar a distribuição do risco, obtendo os valores da sensibilidade e especificidade da escala, assim como os valores preditivos positivos e negativos.

A sensibilidade superficial e profunda também foram consideradas como itens a avaliar no instrumento de recolha de dados, uma vez que, a função sensorial tem relação com a função motora, de modo que déficits sensoriais interferem no desempenho de atividades e na reabilitação. Indivíduos sem alterações sensoriais apresentam melhor recuperação motora, melhores níveis de atividade e menor tempo de permanência hospitalar (Sommerfeld et al., 2004).

A sensibilidade está relacionada com mobilidade e independência em atividades de vida diária (Tyson, 2008). Défices de proprioceção de tornozelo contribuem para alteração na marcha (Lin PY et al., 2005) e interferem na distância percorrida. O conhecimento dos défices sensoriais ajuda na escolha de estratégias de reabilitação (Winward et al., 1999). Há necessidade de padronização, testes específicos e confiáveis para avaliar a condução sensorial e determinar o foco mais relevante para a recuperação das funções somatosensoriais criando protocolos de reabilitação sensorial em diferentes fases de recuperação. A sensação tátil foi avaliada através de toque leve nos dois hemisférios e toque bilateral simultâneo e a proprioceção, por sua vez, foi avaliada por execução do movimento, direção e posição articular. Foram testadas tantas as partes do corpo – membros superiores (excepto mãos), inferiores (excepto pés), tronco e face quanto as necessárias para avaliar com precisão perda sensitiva de acordo com a Escala NIHSS.

As variáveis depois da sua operacionalização foram organizadas num instrumento que posteriormente se descreve.

4. Contexto e participantes do estudo

O estudo desenvolve-se numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, segundo o definido pela rede, estas dão resposta a necessidades transitórias, promovendo a reabilitação e a independência, em situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo crónico, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 e 90 dias, (Decreto-Lei nº101/2006).

A população é o somatório de pessoas com qualquer característica comum que são sujeitas a uma análise estatística por terem interesse para o estudo. A amostra é um subconjunto retirado da população que se supõe ser representativa das características da mesma, sobre a qual será realizado o estudo, Pocinho (2009).

No presente estudo a população diz respeito a todos os utentes internados numa Unidade de Média Duração e Reabilitação, uma vez que, é o local de trabalho do investigador, o que permite um melhor reconhecimento e acesso ao campo de investigação, ultrapassando muito dos constrangimentos, nomeadamente os económicos e tempo.

A amostra deste estudo é constituída por todos os indivíduos do sexo masculino ou feminino que estiveram internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação. Durante três meses, face à disponibilidade, foram incluídas 15 pessoas com dependência no autocuidado. Relativamente às características dos utentes, face aos critérios de admissão na Unidade, estes são muito semelhantes. A UMCCI (2011, p.19) considera critério de referenciação específico para admissão nesta Unidade, *“a situação de dependência que, na sequência de uma doença aguda ou reagudização de doença crónica, apresente alguma das seguintes condições: utente com necessidade de cuidados médicos diários, de enfermagem permanentes (reabilitação intensiva, medidas de suporte respiratório, prevenção ou tratamento de úlceras e manutenção e tratamento de estomas); utente com algum dos seguintes síndromes (depressão, confusão, desnutrição, eficiência e/ou segurança da locomoção) potencialmente recuperável a médio prazo; utente com indicação para programa de reabilitação com duração previsível até 90 dias e doente com síndrome de imobilização”*.

Esta amostra é não probabilística accidental, pois *“não é dado a todos os elementos da população a mesma possibilidade de serem escolhidos para formar a amostra”* (Fortin,

2009, p.324) e torna-se ainda accidental na medida em que se considera que é *“constituída por utentes que accidentalmente participam no estudo”* (Ribeiro, 1999 p.54). Considerou-se critérios de inclusão, estar internado no período do programa, ser dependente no autocuidado e ser capaz de expressar livremente que aceita participar no estudo. Assim, foram incluídos na amostra, os utentes dependentes que fizeram parte dos cuidados de enfermagem de reabilitação no período de tempo compreendido entre fevereiro e abril do ano 2017. Estes três meses de intervenção do programa devem-se ao facto de nas Unidades de Média Duração e Reabilitação a previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 e 90 dias.

5. Instrumento de colheita de dados

No que concerne aos instrumentos utilizados e tendo em conta os objetivos do estudo, a questão de investigação, as características da amostra, foi utilizado um inquérito sociodemográfico e clínico elaborado para o efeito, com o objetivo de caracterizar e avaliar a amostra (Anexo III) e aplicado pelo investigador.

O inquérito foi constituído por 13 itens e demorou em média 5 minutos a ser aplicado a cada participante. Face à natureza do estudo o mesmo inquérito foi aplicado duas vezes antes e após a execução do programa de reabilitação.

Para Hoeman (2011, p.30) a *“avaliação de enfermagem da função, com base em medidas válidas e objetivas, contribui de maneira significativa para a avaliação interdisciplinar e para o planeamento dos cuidados”*. Neste prisma, cada instrumento deve ser capaz de medir o domínio de interesse, monitorizar os progressos, melhorar a comunicação entre disciplinas, doentes e famílias, medir a eficácia do tratamento e determinar os benefícios das intervenções de reabilitação Hoeman (2011). Estes aspetos justificam a importância do uso de escalas para medição de todos os domínios que contribuem para a independência da pessoa, nomeadamente na realização das AVD's, evidenciando a eficácia das intervenções.

6. Procedimento de recolha de dados

Os procedimentos de recolha de dados foram semelhantes para cada participante sendo que a 1ª avaliação foi efetuada no primeiro contacto entre os doentes e o enfermeiro de reabilitação. O segundo momento da colheita de dados, ou seja a 2ª avaliação, foi efetuado no último dia de contacto do doente com o enfermeiro de reabilitação, antes da alta sendo que durante todo o internamento, numa média de 60 dias (com um mínimo de 38 e um máximo de 81 dias de internamento), os doentes foram submetidos a um programa de reabilitação de acordo com as suas necessidades.

Os dados foram colhidos pelo investigador, considerando a natureza do instrumento e a necessidade de perícias específicas para a avaliação dos participantes.

Relativamente ao tratamento de dados utilizou-se o programa Statistical Package for the Social Science (SPSS) 22, trata-se de um software aplicativo, que permite o trabalho estatístico de questões no âmbito das ciências sociais, sendo que os dados serão posteriormente apresentados em função dos resultados obtidos através do programa de reabilitação.

O valor de p traduz uma probabilidade e varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 0, maior a probabilidade da diferença encontrada não ser devido a fatores aleatórios. Por consenso é habitual considerar-se o valor de p seja inferior a 0,05 e consideram-se resultados “estatisticamente significativos”. No entanto, se o valor for superior a 0,05 consideram-se os resultados como “estatisticamente não significativos”. O valor de p é calculado através de diferentes testes matemáticos, Botelho, F. et al (2008). Neste estudo assume-se o teste Qui-Quadrado para cálculo do valor de p .

Assume-se assim 0,05, na análise estatística, como valor de significância para os resultados do teste aplicado, excluindo a existência de associações/diferenças quando este valor for superior.

7. Programa de intervenção

As intervenções de enfermagem de reabilitação são um conjunto de atividades estruturadas, que o profissional desenvolve tendo em conta a globalidade do utente e o contexto. As intervenções de enfermagem de reabilitação desenvolvem-se sobretudo ao nível do autocuidado, no sentido da promoção máxima e independência funcional.

O programa de reabilitação foi desenvolvido tendo por base as intervenções de enfermagem de reabilitação ao nível dos processos de ensino aprendizagem e dos processos corporais. Nos processos de ensino aprendizagem o enfermeiro de reabilitação capacita o utente e cuidador para o autocuidado. Quanto ao domínio dos processos corporais a sua área de intervenção está relacionada com os exercícios músculo-articulares que englobam a correção postural, o treino de equilíbrio e as técnicas de mobilização músculo-articular e propriocetivas.

Este programa foi elaborado para enfermeiros com especialidade em enfermagem de reabilitação como sugestão de tratamento para utentes com necessidades ao nível da reabilitação funcional e do treino de AVD's. Muitos utentes internados nestas unidades possuem sequelas permanentes, dificultando as AVD's, necessitando de cuidados especiais e de acompanhamento por equipa multidisciplinar.

Reintegrar o utente no ambiente social é um desafio e deve envolver todas as pessoas inseridas no processo. A adesão do utente e cuidadores, além da periodicidade do tratamento são fundamentais para a melhoria do utente.

Durante todo o processo de tratamento e acompanhamento de um doente com défice funcional, o enfermeiro de reabilitação deve ser capaz de orientar a realização de exercícios passivos nos membros afetados, exercícios ativos nos membros não afetados, proporcionar mobilização progressiva e apoiar extremidades para evitar ou reduzir edema e a espasticidade, por exemplo, no que diz respeito aos doentes do foro neurológico. Exercícios de flexibilidade, força, coordenação, resistência e equilíbrio são importantes, uma vez que, mantêm a mobilidade articular, recuperam o controlo motor, evitam a deterioração adicional do sistema muscular e estimulam a circulação (OE, 2010).

A literatura evidencia a necessidade de estruturação de serviços especializados em reabilitação. De entre outras recomendações sugere Ferro et al. (2008) a necessidade de

instruir precocemente intervenções de fase aguda, visando facilitar a recuperação e a prevenção de complicações futuras; a importância de se estabelecer um prognóstico real de reabilitação já desde a fase aguda; a importância de se estabelecer um programa de reabilitação respeitando as necessidades e o prognóstico funcional de cada doente individualmente; a importância da avaliação da expectativa, motivação, grau de atenção, gravidade dos défices e inaptidões funcionais, capacidade de reaprendizagem e resistência para a atividade física como determinantes no processo de escolha do tipo e intensidade do programa; a importância de uma avaliação documentada, rigorosa e consistente em cada fase de recuperação para direcionar as decisões do tratamento e monitorizar o progresso do doente, mudando, se necessário, os objetivos da reabilitação; a necessidade de um plano de alta hospitalar bem documentada, que contemple além da programação do seguimento clínico, neurológico e de reabilitação, medidas de segurança e orientação ao doente e a necessidade de reabilitação mesmo nos doentes funcionalmente mais graves, que não muda a indicação ou não de reabilitação mas sim os seus objetivos.

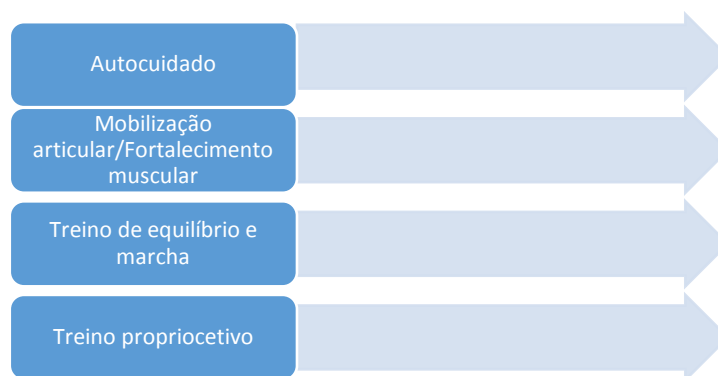
O processo da conduta da enfermagem de reabilitação tem como objetivo maximizar a capacidade funcional e evitar complicações secundárias, possibilitando ao utente reassumir todos os aspetos da vida no seu próprio meio.

Os programas terapêuticos consistem em processos organizados concebidos com objetivos específicos a partir da melhor evidência e que se aplicam a doentes com características semelhantes, pelo que devem ser claros quer na intensidade quer no tempo de aplicação.

Para que um programa de intervenção em enfermagem de reabilitação possua congruência, tem de ter em conta a pessoa como um todo e além das intervenções sistemáticas este deve sugerir os princípios da funcionalidade neuromuscular aplicáveis no movimento da pessoa.

Assim o programa de reabilitação do presente estudo foi definido tendo em conta os seguintes parâmetros: autocuidado, mobilização articular/fortalecimento muscular, treino de equilíbrio/marcha e treino propriocetivo. A planificação do exercício deve ter em linha de conta que durante a realização de exercício este deve ser contínuo e regular, deve ser estruturado e sempre adequado aos participantes (Matsudo, 1997).

Figura 1 - Programa de Intervenção



O treino de AVD's é uma intervenção primordial do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, dado que proporciona a aquisição da máxima funcionalidade e qualidade de vida através de estratégias adaptativas e de produtos de apoio (Ordem dos Enfermeiros, 2011b). *"A independência, ou máximo de funcionalidade possível, para cada uma das AVD, pode ser atingida pelo treino de capacidades remanescentes e/ou através do uso de estratégias adaptativas, nomeadamente através de dispositivos de compensação ou produtos de apoio"* (Parecer MCEER nº 12/2011). Os produtos de apoio (anteriormente designados por ajudas técnicas e dispositivos compensação) são qualquer produto (incluindo dispositivos, equipamentos, instrumentos, tecnologia e software), especialmente produzido ou geralmente disponível para prevenir, compensar, monitorizar, aliviar ou neutralizar as incapacidades, limitação da atividade e restrições na participação (Norma ISO 9999, 2007).

De seguida serão descritas as intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação no treino de AVD's, por forma a explicar o treino de autocuidados explanado no programa de reabilitação.

O treino de higiene pessoal deve ser realizado, preferencialmente, na casa de banho através do uso da base do chuveiro ou banheira. Existe uma variedade de produtos de apoio essenciais ao treino de higiene nomeadamente as barras de apoio junto à base do chuveiro/lavatório/sanita, cadeiras para banheira ou estrado, cadeira sanitária, esponjas de cabo longo, material antiderrapante entre outros (Menoita et al., 2012).

Segundo Theuerkauf, (2011), a pessoa deve ser estimulada a desempenhar o autocuidado higiene e arranjo pessoal utilizando o máximo de funcionalidade possível, ou seja, por exemplo, uma pessoa com hemiparesia deve ser encorajada a lavar o hemicorpo afetado.

O uso do espelho é essencial como produto de apoio no auxílio da pessoa para barbear, pentear, lavar os dentes, utilizando para o efeito outros produtos de apoio como pentes de cabo comprido ou escovas com cabo engrossado, máquina de barbear elétrica, escova de dentes elétrica e bomba fornecedora de pasta de dentes. O uso de tesoura de pontas redondas ou corta-unhas específico são também produtos de apoio usados.

Segundo Menoita (2012) na pessoa com AVC pode surgir disfagia orofaríngea, ou seja, dificuldade em iniciar a deglutição resultante da diminuição da força, do tônus e/ou da sensibilidade dos músculos da face, da mandíbula e/ou língua. Assim deve-se proceder ao ensino e treino de estratégias compensatórias da deglutição, como exercícios para resistência muscular, exercícios de controlo do bolo alimentar, exercícios de proteção das vias aéreas, exercícios de mobilidade laríngea e manobras posturais.

O treino do autocuidado vestir/despir poderá ser realizado sentado na cama, mas preferencialmente sentado numa cadeira. A roupa deverá ser larga, ter molas de pressão, botões grandes, fecho éclair ou velcro, o soutien deverá abrir à frente e nos sapatos deve-se substituir os atacadores por tiras de velcro (Theuerkauf, 2011; Menoita et al., 2012). Pessoas com alteração do equilíbrio devem ser instruídas a vestir e calçar sentadas.

O EEER utiliza estratégias adaptativas no vestir instruindo e treinando a pessoa a vestir primeiro o lado mais lesado ou intervencionando e a despir este último. Nas pessoas com hemiplegia a camisa, camisola ou vestido é colocada no colo a parte da frente fica voltada para baixo e o colarinho junto aos joelhos, primeiro veste o membro superior do lado mais lesado puxando até ao ombro e costas, vestindo posteriormente o outro lado (Theuerkauf, 2011; Menoita et al., 2012).

Para vestir as calças, a pessoa deve cruzar o membro mais lesado sobre o outro, vestir a perna afetada até ao joelho e depois a outra perna, puxando as calças através da posição de pé ou sentado levantando as ancas e empurrando o chão com a perna sã (Theuerkauf, 2011; Menoita et al., 2012). Pode ser necessário usar produtos de apoio quando não existe a alternativa velcro, para abotoar vestuário. O uso de pinça é usada para vestir meias e calças e assim alcançar objetos, é uma mais-valia para pessoas com diminuição da amplitude de movimentos ou que não podem fazer uma flexão da articulação coxofemoral superior a 90 graus (Brody & Hall, 2001). A calçadeira de cabo longo também colmata este problema.

No que diz respeito ao treino da eliminação vesical e intestinal este deve ser realizado na casa de banho sempre que possível. O treino da eliminação vesical depende do tipo de disfunção, podendo ser concretizado através de alterações de hábitos, planeamento de ingestão hídrica, avaliação do intervalo de micções, realização/ensino de manobras de Valsalva bem como a realização de cateterismo vesical intermitente pelo próprio ou outro (Lourenço & Mendes, 2011).

No treino intestinal pode ser usado supositórios de glicerina, estimulação digital e massagem abdominal (Lourenço & Mendes, 2011).

O treino de locomoção consiste no treino da utilização de auxiliares de marcha, como canadianas, bengala simples ou tripé, andarilho e cadeira-de-rodas por forma a atingir o máximo de independência. A pessoa deve ser instruída e treinada a avançar primeiro o auxiliar de marcha, posteriormente o membro afetado/intervencionado e depois o membro menos lesado (Filipe, Afonso & Lima, 2007).

Para subir e descer escadas o corrimão pode ser substituído pelo auxiliar de marcha. Descer as escadas assume a sequência anteriormente descrita. Para subir, sobe primeiro o membro inferior menos lesado, depois o membro lesado e por fim a canadiana (Filipe et al., 2007). De acordo com Menoita et al., (2012), na pessoa com hemiparesia deve ser treinada e instruída a marcha controlada. O enfermeiro prende os antebraços da pessoa com auxílio dos seus, controlando e apoiando ao mesmo tempo os movimentos da anca. Assim ajuda a pessoa a transferir o seu peso corretamente para a frente e para o lado.

Na cadeira-de-rodas a pessoa com hemiplegia deve estar sentada com o membro superior do lado mais lesado em padrão antiespástico apoiada numa superfície de trabalho (Menoita et al., 2012).

O treino de transferências permite adquirir competências sobre técnicas capazes de deslocar a pessoa de uma superfície para a outra.

Na pessoa com hemiplegia/hemiparesia o EEER deve assistir a pessoa a realizar o rolamento para o lado mais lesado, solicitar o cruzar do membro inferior menos lesado sobre o membro inferior do lado lesado e através do movimento cruzado dos membros superiores, segurar o membro superior menos lesado, estabilizando com a outra o antebraço do lado lesado até realizar apoio do cotovelo e posteriormente ficar sentada com os membros inferiores fora do leito. Na técnica de transferência da cama para a cadeira, o enfermeiro deve colocar-se à frente da pessoa, trancando com os seus joelhos o

joelho do lado mais lesado da pessoa; apoia o cotovelo e antebraço do lado lesado com a sua mão e o membro superior do lado menos lesado no seu ombro; segura a pessoa pela cintura com a outra mão e levanta-se; a pessoa é incitada a realizar uma inclinação anterior ao tronco e senta (Direção Geral da Saúde, 2010).

A pessoa com hemiplegia/hemiparesia deve sair da cama pelo lado mais lesado e entra pelo lado menos lesado (Johnstone, 1979). A cadeira-de-rodas deve ser colocada com um ângulo de 30º ou paralela à cama e do lado da cabeceira (Menoita et al., 2012). Alertar durante o treino as condições do domicílio para que seja facilitada a adequação em casa. A autonomia no autocuidado transferir-se é considerada importante não apenas para dar continuidade à estimulação da pessoa, por exemplo, coloca-la em frente a um espelho, o que *“irá facilitar a integração de todo o esquema corporal e a correção da postura”* (Menoita, 2012, p.40), como pela possibilidade do ensino e treino dos restantes autocuidados. Segundo Menoita (2012) este é o momento ideal para incentivar a realização de atividades dirigidas ao arranjo pessoal, que necessitam igualmente de ser treinadas.

Na pessoa tetraplégica a transferência da cama para a cadeira deve realizar-se com uso à tábua de transferência com uma extremidade sobre a coxa e a outra sobre a cadeira. Para além do enfermeiro pode ser necessário mais um profissional, dependendo do nível da lesão medular e o equilíbrio do tronco. O enfermeiro fica à frente da pessoa e com os seus joelhos bloqueia os membros inferiores; os braços da pessoa devem estar cruzados à frente e esta deve ser incitada a realizar flexão do tronco, se possível, apoiando a cabeça no ombro do enfermeiro. O enfermeiro ajuda a deslizar sobre a tábua segurando e usando um cinto de transferência. A tábua deve ser retirada elevando ligeiramente a coxa ou com movimentos de zig-zag. (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Na pessoa paraplégica, o enfermeiro deve pedir que a pessoa se incline sobre o cotovelo contra lateral ao da transferência, elevando ao mesmo tempo o membro inferior ao lado da cadeira para colocar uma das extremidades da tábua de transferência sob a coxa e a outra sobre a cadeira. O enfermeiro fica à frente à pessoa e com os seus joelhos bloqueia os membros inferiores, solicita à pessoa que deslize sobre a tábua utilizando movimentos de push-ups segurando-a no cóis das calças ou cinto de transferência. Para retirar a tábua solicita-se à pessoa que se incline sobre o lado oposto elevando a coxa ou fazendo movimentos de zig-zag (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A execução de exercícios com treino de força muscular e resistência é amplamente vantajosa na capacitação do idoso para a realização das suas tarefas diárias (Faria &

Marinho, 2004). De seguida será abordada a área mobilização articular/fortalecimento muscular explanada no programa de reabilitação.

A fraqueza muscular é também um comprometimento motor comum nos pacientes. Vários estudos defendem que o treino de fortalecimento muscular com exercícios isocinéticos, isométricos e isotônicos. Os exercícios de amplitude articular são um conjunto de ações específicas para mobilizar as articulações através da sua amplitude de acordo com a capacidade individual, servem para prevenir contracturas ou atrofia musculares, mantém o tônus muscular, a força e a função (Hoeman, 2011).

No que respeita aos cuidados de enfermagem de reabilitação prestados à pessoa com AVC, tendo em conta a importância da estimulação do e pelo lado afetado, com o intuito de reeducar a função motora e sensitiva deve ser realizada a estimulação visual, motora e propriocetiva através do posicionamento em padrão antiespástico e atividades bilaterais, nomeadamente o incentivo para a automobilização.

Para além destas atividades terapêuticas, são de igual importância o rolar no leito, a ponte, a rotação controlada da articulação coxofemoral, a carga no cotovelo e facilitação cruzada, que encontram fundamentação em Bobath (1990). Jhonstone (1979) ao referir que o progresso da reabilitação em utentes como pessoa com AVC é, normalmente, obtido através da sequência de exercícios progressivos que seguem o padrão de desenvolvimento motor adquirido pelos bebés, no sentido de promoverem a facilitação do movimento (Menoita, 2012).

O treino de equilíbrio e marcha surge também no âmbito das intervenções realizadas para manter a mobilidade e prevenção de quedas. De seguida será abordado de forma a explicar o porquê de estar incluído no programa de reabilitação. Segundo Menoita (2012), é definido como um conjunto de exercícios que têm como objetivo reeducar o equilíbrio na posição sentada, estática e dinâmica, com o objetivo de possibilitar uma maior participação do utente para as atividades do autocuidado.

O treino de equilíbrio tem como objetivo reeducar o mecanismo reflexo-postural, inibir a espasticidade, estimular a sensibilidade postural e a ação voluntária dos músculos do tronco do lado afetado e preparar para a marcha (Menoita, 2012). O treino de equilíbrio estimula a noção de posição e movimento, bem como permite novas aprendizagens motoras no hemicorpo afetado, o que se revela essencial para iniciar o ensino e treino de AVD's.

A implementação de programas de exercício para o treino de equilíbrio em idosos deve envolver exercícios estáticos e dinâmicos, ausência de estímulos visuais, coordenação corporal e exercícios que operem na prevenção de quedas (Faria & Marinho, 2004). O treino de marcha tem como objetivo restabelecer a marcha funcional e também melhorar a qualidade ou desempenho desta. De acordo com Huber & Wells (2006), o treino da força muscular pode ser um bom meio para melhorar o equilíbrio corporal. Estes também referem que na manutenção do equilíbrio corporal é essencial ter uma boa amplitude de movimento nas articulações do tornozelo, anca e região cervical para evitar desequilíbrios.

A manutenção da força nos membros inferiores é essencial à manutenção do equilíbrio corporal, devendo dar-se particular atenção aos músculos extensores e flexores da coxa. Os músculos extensores da coxa permitem melhorar a amplitude do movimento e força muscular, sendo essenciais para que a pessoa se movimente, levante e deambule. Por sua vez, os músculos flexores da coxa permitem melhorar o controlo postural em pé (Ostrowska et al., 2010). A posição e estabilidade na posição de pé durante o treino de força muscular também vão influenciar positivamente o ganho do equilíbrio, uma vez que, esta posição proporciona uma estimulação contínua dos músculos antigravitacionais (Araújo et al., 2010).

Permanecer em apoio unipodal é uma atividade que requer a utilização da estratégia da anca (Huber e Wells, 2006). Esta ocorre quando a perturbação é grande ou rápida e, a superfície é instável ou reduzida (Melo, 2006). Albino et al. (2012) também dão importância ao apoio bipodal e unipodal durante o treino da força muscular para o aumento do equilíbrio, referindo que um dos princípios biomecânicos que mais influenciam a estabilidade do corpo é a base de apoio, esta que na postura ereta corresponde à área compreendida entre os calcanhares e os dedos do pé, assim quanto maior for esta área, maior é a estabilidade da pessoa e, a área disponível para a pessoa controlar o centro de massa de forma a manter a estabilidade. Neste sentido, a distribuição não homogénea do peso do corpo na planta dos pés, mantida por algum tempo, conduz a uma desorganização postural, sobrecarregando alguns músculos corporais em detrimento de outros. Assim sendo, há necessidade de corrigir esta postura por meio de um reequilíbrio muscular, o que permite a recuperação do comprimento muscular e da flexibilidade muscular.

Por outro lado, Huber e Wells (2006) apontam para programas de marcha de rotina para se obterem benefícios nesta capacidade física. Durante a deambulação o centro de gravidade é levado para fora da base de suporte, o que requer que a pessoa tente readquirir a base

de suporte com o passo, recuperando a perda de equilíbrio (Huber e Wells, 2006). A estratégia do passo ocorre quando é necessário realizar um passo em qualquer direção de forma a evitar uma queda, mantendo o centro de gravidade dentro dos limites da base de sustentação (Melo, 2006). Exercícios que permitem a manutenção do equilíbrio corporal previnem quedas. Ao reduzir o número de quedas também reduz as suas consequências, aumentando a funcionalidade, auto-confiança e qualidade de vida da pessoa (Carvalho et al., 2007).

O treino propriocetivo foi incluído no programa de reabilitação e será de seguida abordado. A proprioceção foi inicialmente definida por Sherrington em 1906 (Rozzi et al., 2000, p.379) como *“a percepção do movimento articular ou do corpo bem como a posição do corpo, ou dos segmentos no espaço”*, através de dois elementos: a sensação da posição articular e a sensação de movimento articular ou cinestesia.

O SNC é considerado o mediador da percepção, execução do controlo musculoesquelético e do movimento (Rozzi et al., 2000). Por isso a percepção da posição do movimento estão intimamente ligadas durante a realização das AVD's (Stillman, 2002). A proprioceção foi posteriormente definida como input neural proveniente das terminações nervosas denominadas mecanorreceptores (receptores sensoriais para a proprioceção) localizadas na pele, tendões, músculos, cápsulas articulares e ligamentos, cuja informação deriva para o SNC (Lephart, 1997). Todas as informações são enviadas por estes receptores para o sistema propriocetivo, que recebe e utiliza esses estímulos sensoriais para localizar os membros no espaço, determinar a amplitude e a velocidade dos movimentos.

No treino propriocetivo o SNC integra os mecanorreceptores periféricos, recetores visuais e vestibulares que lhe fornecem informação neural de forma a gerar respostas motoras, sendo o objetivo do treino propriocetivo encurtar o tempo de resposta entre o estímulo neural e a resposta motora (Pafis et al., 2007). Com o processo de envelhecimento e as patologias associadas os sistema nervoso, locomotor e sensoriais sofrem alterações que podem provocar mudanças na postura, equilíbrio e marcha (Sanglard & Pereira, 2005). Bulksman e Vilela (2004), referem que nos idosos as respostas motoras aos estímulos propriocetivos, visuais e auditivos estão mais lentos, podendo interferir na qualidade da marcha e na realização das AVD's.

Os efeitos de um treino propriocetivo passam pela redução da instabilidade funcional e o do risco de lesão, aumentando a estabilidade postural e tónus muscular nas AVD's (Baltaci & Kohl, 2003). Os exercícios do treino propriocetivo devem incluir sequências de

movimentos repetidos, executados de forma lenta e repentina, realizada em várias superfícies de apoio, com e sem informação visual, com duplo apoio a unipodal, exercícios pliométricos e isocinéticos (Ergen & Ulkar, 2008).

Essa informação propriocetiva é importante para determinar posições de segmentos corporais, determinar amplitudes de movimentos e identificar estímulos provenientes do exterior (Goble et al., 2009). Os movimentos realizados nas AVD's são controlados constantemente pelo sistema propriocetivo. As talas de pressão contínua ou intermitente para o membro superior e inferior têm como objetivo estimular a sensibilidade e manter padrões inibitórios dos segmentos dos membros.

Após explanado a importância dos treinos de autocuidado, mobilização articular/fortalecimento muscular, treino de equilíbrio/marcha e treino propriocetivo defendidos pelos autores foi elaborado o programa de reabilitação deste estudo (Anexo IV).

8. Considerações éticas

Todo e qualquer estudo que envolva seres humanos levanta questões morais e éticas. Por isso, o presente estudo teve em conta cinco princípios/direitos fundamentais que permitiram proteger os direitos e as liberdades das pessoas que nele participaram, sendo eles: direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e prejuízo, direito a um tratamento justo e leal (Fortin, 1999).

No presente estudo foi tido em conta e respeitada a declaração de Helsínquia que define que as pessoas envolvidas num estudo ou os seus substitutos legais devem dar o seu consentimento (Anexo II), onde expressam a liberdade de escolha na participação como amostra no estudo proposto. Os utentes incluídos na amostra apresentam dependência no autocuidado e aceitaram participar no estudo após assinarem o termo de consentimento informado. De forma a garantir os direitos dos participantes, estes foram informados sobre os objetivos do estudo e teor do programa, ainda foram informados, que poderiam desistir a qualquer momento assim que o desejassem, sem que daí advenha qualquer prejuízo. Após os esclarecimentos todos aceitaram participar no estudo, procedeu-se ao

levantamento de todos os dados necessários e os utentes foram sujeitos ao programa de reabilitação adequado às suas necessidades, sendo -lhes garantida a confidencialidade, privacidade e anonimato. Os participantes do estudo como estavam institucionalizados foi necessário, também, formalizar o pedido à instituição antes do início de qualquer procedimento (Anexo I).

CAPÍTULO III – GANHOS COM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

Este capítulo destina-se à apresentação dos resultados dos dados recolhidos de forma a dar resposta às questões de investigação do estudo e pretende-se descrever as características dos idosos participantes no estudo.

Ao longo do estudo recorreu-se a técnicas da estatística descritiva e da estatística inferencial, nomeadamente, quadros de frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média aritmética, mediana e moda), medidas de dispersão ou variabilidade (valor mínimo, valor máximo) e testes estatísticos (Qui-Quadrado).

A escolha dos testes deveu-se às características das variáveis em estudo e às recomendações apresentadas por Maroco (2007) e Pestana e Gageiro (2005). A opção por testes não paramétricos justifica-se pelo facto das amostras em estudo serem constituídas por um número reduzido de elementos. Em todos os testes foi fixado o valor de 0,050 como limite de significância.

Esta apresentação inicia-se pela caracterização da amostra ao nível sociodemográfico tal como: idade, nível de escolaridade, sexo e estado civil, seguindo-se a caracterização do estado clínico, incluindo diagnósticos de internamento, tempo imobilidade e independência funcional.

Tabela 1 - Descrição da amostra por sexo

Sexo	Frequência (n)	Percentagem (%)
Masculino	7	46,7
Feminino	8	53,3
Total	15	100,0

A amostra deste estudo foi composta por 15 indivíduos em que predominou o sexo feminino (53,3% dos casos).

Os indivíduos que fazem parte da amostra deste estudo apresentaram uma média de idades de 73,87 anos, sendo que a sua idade variou dos 60 e 90 anos e a moda situa-se nos 65 anos.

Tabela 2 - Descrição da amostra por nível de escolaridade

Escolaridade	Frequência (n)	Percentagem (%)
1º Ciclo	11	73,3
2º Ciclo	2	13,3
3º Ciclo	1	6,7
Ensino Secundário	1	6,7
Total	15	100,0

Relativamente ao nível de escolaridade verificou-se que a maioria dos indivíduos, 73,3%, tinha o 1º ciclo e 6,7% dos indivíduos o 3º ciclo e o ensino secundário.

Tabela 3 - Descrição da amostra por estado civil

Estado Civil	Frequência (n)	Percentagem (%)
Casado/União de facto	4	26,7
Solteiro	3	20,0
Viúvo	6	40,0
Divorciado	2	13,3
Total	15	100,0

No que diz respeito ao estado civil, a maior frequência foi dos idosos viúvos (40%), seguindo-se dos casados (26,7%), que representam mais de um quarto da amostra.

Tabela 4 - Descrição da amostra por proveniência

Proveniência	Frequência (n)	Percentagem (%)
CRN	1	6,7
Hospital	7	46,7
UCC	7	46,7
Total	15	100,0

No que concerne à proveniência, nenhum utente deu entrada na unidade vindo do domicílio/lar, mas diretamente do hospital ou UCC (46,7%) e um único utente do Centro Reabilitação do Norte.

Tabela 5 - Descrição da amostra sobre a existência de prestador de cuidados

Prestador de Cuidados	Frequência (n)	Percentagem (%)
Sim	14	93,3
Não	1	6,7
Total	15	100,0

Embora 93,3% dos participantes tenham prestador de cuidados, o grau de parentesco é diferente e apresenta-se a seguir.

Tabela 6 - Descrição do grau de parentesco do prestador de cuidados

Grau parentesco Prestador Cuidados	Frequência (n)	Percentagem (%)
Cônjuge	3	20
Filhos	7	46,6
Mãe	2	13,3
Neta	1	6,7
Sobrinhos	2	13,4
Total	15	100

Os filhos são os prestadores de cuidados com maior frequência nesta amostra (46,6%), mas também se verificam outros cuidadores como por exemplo os cônjuges com 20% dos casos.

Tabela 7 - Descrição da amostra por tempo de imobilidade

Tempo Imobilidade (Meses)	Frequência (n)	Percentagem (%)
1	3	20,0
2	2	13,3
3	6	40,0
4	2	13,3
6	1	6,7
12	1	6,7
Total	15	100,0

Quanto ao tempo de imobilidade os indivíduos da amostra estiveram sujeitos maioritariamente a 3 meses de imobilidade, variando de 1 a 12 meses, com um desvio padrão de 2,720 e média de 3 meses.

Tabela 8 - Descrição da amostra por diagnóstico

Diagnóstico	Frequência (n)	Percentagem (%)
Ortopédico	7	46,7
Neurológico	8	53,3
Total	15	100,0

Como demonstra a tabela são dois os diagnósticos principais dos utentes da amostra em estudo, em que se verifica mais doentes do foro neurológico (53,3%) do que do foro ortopédico (46,7%).

Em síntese, os idosos da amostra eram na maioria do sexo feminino, com baixa escolaridade e viúvos. Na sua maioria com prestador de cuidados, sendo estes os filhos e com uma idade média de 74 anos. Com imobilidade em média há 3 meses, o diagnóstico principal do foro neurológico e provenientes dos hospitais/UCC.

1. A execução de um programa de reabilitação

De acordo com OMS (2010) os défices funcionais representam um dos problemas de saúde com mais incidência na população sénior, levando a limitação da autonomia, risco acrescido de queda, diminuição da socialização e dependência nos autocuidados. O enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação capacita a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção, segundo a OE (2010), e por isso, é da sua competência intervir na população idosa com défice funcional para que dentro do possível, aumente a força muscular, a amplitude articular, o equilíbrio e a coordenação motora. Assim, o trabalho em estudo, tem como objetivo apresentar um programa de reabilitação funcional capaz de demonstrar a sua efetividade através do aumento da capacidade funcional dos utentes sujeitos ao programa.

O programa de reabilitação foi executado durante 6 dias por semana durante 3 meses, num total de 72 sessões. Efetuou-se uma avaliação individual da pessoa para definir qual o seu plano de reabilitação que podia contemplar exercitação músculo-articular, treino de marcha e equilíbrio, treino de autocuidado e propriocetivo.

A estruturação de um programa de reabilitação funcional dirigido a utentes com défice funcional permite a implementação de planos de reabilitação individualizados e adequados à condição funcional, clínica e social de cada pessoa. Assim é possível maximizar os ganhos e garantir a sustentabilidade dos mesmos ao longo do tempo, embora seguindo o programa pré-estabelecido.

Para que o programa de reabilitação executado possuísse congruência, algumas considerações básicas foram asseguradas. Antes da execução do programa de reabilitação

iniciou-se a avaliação do utente. Os objetivos gerais e específicos foram definidos e traçados com o utente. Após observadas as funções que o utente está apto a realizar com mínima assistência possível estas foram estimuladas incorporando-as nas suas atividades de vida diária e de vida prática. Após o diagnóstico dos défices do utente e suas limitações foi definido, tendo em conta o programa pré-estabelecido, os exercícios e intervenções de enfermagem de reabilitação, por exemplo, um utente que apresentasse necessidade de treino de autocuidados e sem necessidade de treino propriocetivo, seria executado apenas o programa no treino das atividades de vida diárias com enfoque no treino das suas necessidades. O programa foi realizado a todos os utentes, durante 8 horas por dia e durante 6 dias por semana, ou em grupo, em sala de atividades própria, por forma a gerir o tempo do investigador, juntando os utentes com as mesmas necessidades ou na unidade do utente. O treino foi elaborado tendo em conta o programa pré-estabelecido e as expectativas do utente, de forma a atingir o máximo das suas potencialidades. As expectativas do investigador não intervieram de forma mais significativa do que as do próprio utente.

A intervenção do enfermeiro de reabilitação consiste, na medida do possível, em restabelecer funções e/ou minimizar as sequelas deixadas. O programa de reabilitação deste estudo foi desenvolvido tendo em conta as diferentes variáveis em estudo autocuidado, mobilização articular/fortalecimento muscular, treino de equilíbrio/marcha e treino propriocetivo.

No que diz respeito ao autocuidado a média dos dias intervenção de enfermagem de reabilitação nos doentes internados foi de 39,05 dias. Todos os utentes necessitavam de treino na higiene pessoal, banho, alimentação, vestir, uso do sanitário, mobilidade/locomoção, com necessidade de 37,8 dias de treino na higiene pessoal, 48,93 dias de treino no banho, 48,3 dias de treino na alimentação, 48,13 dias de treino no vestir, 45 dias de treino no uso de sanitário e 48,46 dias de treino na mobilidade/locomoção. No entanto, apenas 7 utentes com necessidade de treino para controlo de esfíncteres e com 23,86 dias de intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Para o treino de fortalecimento muscular/mobilização articular o enfermeiro de reabilitação dispendeu em média de 35,17 dias de intervenção nos doentes internados. Os exercícios mais executados neste âmbito foram os alongamentos (53,3 dias), as mobilizações passivas, ativas ou ativas-assistidas (52,2 dias), as automobilizações (45,47 dias), os push-ups (43,60 dias) e a ponte (26,8 dias), seguidos de exercícios isométricos

(23,40 dias), exercícios músculo-articulares (21 dias), exercícios mentalizando movimento (21 dias), dissociação de cinturas (20,67 dias) e exercícios sincronizados (20 dias).

O treino de equilíbrio e marcha fizeram parte em média 42,94 dias da intervenção do enfermeiro de reabilitação nos doentes internados.

No que diz respeito ao treino propriocetivo o enfermeiro de reabilitação dispendeu de 31,1 dias de intervenção nos utentes internados.

Em síntese, tendo em conta as necessidades dos utentes internados e o programa de reabilitação desenvolvido, o enfermeiro de reabilitação, necessitou em média de 40 dias, ou seja, 320 horas de cuidados especializados necessários para cumprir as intervenções a que se propôs. O treino de equilíbrio e marcha e o treino de autocuidados foram os mais executados, seguido do treino músculo-articular e propriocetivo.

2. Resultados das intervenções dos enfermeiros de reabilitação

Neste capítulo procedemos à apresentação dos dados e resultados que se obteve com base na colheita de dados efetuados e nas medições realizadas. A colheita de dados deu-se em dois momentos, a primeira avaliação antes da intervenção do enfermeiro de reabilitação e da execução do programa, o segundo foi efetuado no último contacto do doente com o enfermeiro de reabilitação, após a execução do programa de reabilitação e a intervenção do enfermeiro de reabilitação.

Nas tabelas seguintes apresenta-se os resultados relativos à avaliação da aptidão física dos idosos nos dois momentos.

Quadro 1 – Avaliação Força Muscular Membro Superior Direito

Força Muscular MSD		Antes	Depois	Total
3	Frequência Nº	3	0	3
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	20,0%	0,0%	10,0%
4	Frequência Nº	5	3	8
	% Linha	62,5%	37,5%	100,0%
	% Grupo	33,3%	20,0%	26,7%
5	Frequência Nº	7	12	19
	% Linha	36,8%	63,2%	100,0%
	% Grupo	46,7%	80,0%	63,3%
Total		50%	50%	100%

A força muscular mais frequente em todo o grupo é de grau 5, passando de 36,8% da 1ª avaliação para 63,2% na segunda. A força de grau 4 teve maior representação na primeira avaliação (62,5%) e diminuiu para 37,5% na segunda avaliação.

A força muscular foi avaliada tendo em conta a Escala do Medical Research Council. Relativamente à força muscular do membro superior direito, quer a nível proximal, médio e distal, constatamos que, no primeiro momento de avaliação, 46,7% dos utentes apresentavam força de grau 5 e no segundo momento 80% dos utentes apresentavam força grau 5. No primeiro momento 33,3% dos utentes apresentavam força grau 4 e no segundo momento 20% dos utentes apresentavam força grau 4 no MSD. Apesar dos ganhos obtidos, o teste do Qui-quadrado revela que as diferenças não foram estatisticamente significativas ($p = 0,09$).

Quadro 2 - Avaliação força muscular do membro superior esquerdo

Força muscular MSE		Antes	Depois	Total
1	Frequência Nº	1	0	1
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
2	Frequência Nº	1	1	2
	% Linha	50,0%	50,0%	100,0%
	% Grupo	6,7%	6,7%	6,7%
3	Frequência Nº	2	1	3
	% Linha	66,7%	33,3%	100,0%
	% Grupo	13,3%	6,7%	10,0%
4	Frequência Nº	6	2	8
	% Linha	75,0%	25,0%	100,0%
	% Grupo	40,0%	13,3%	26,7%
5	Frequência Nº	5	11	16
	% Linha	31,3%	68,8%	100,0%
	% Grupo	33,3%	73,3%	53,3%
Total		50%	50%	100%

No que diz respeito à força muscular do membro superior esquerdo (a nível proximal, médio e distal), verificou-se antes da execução do programa de reabilitação que 40% dos utentes apresentaram força de grau 4, após 13,3% dos utentes com força de grau 4, 33,3% dos utentes com força de grau 5, após 73,3% dos utentes apresentaram força de grau 5, 13,3% dos utentes com força de grau 3 e após a intervenção do enfermeiro de reabilitação 6,7% dos utentes apresentaram força de grau 2 e 3. Apesar dos ganhos obtidos, o teste do Qui-Quadro revela que as diferenças não são estatisticamente significativas ($p = 0,23$).

Quadro 3 - Avaliação força muscular membro inferior direito

Força Muscular MID		Antes	Depois	Total
3	N	7	0	7
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	46,7%	0,0%	23,3%
4	N	4	7	11
	% Linha	36,4%	63,6%	100,0%
	% Grupo	26,7%	46,7%	36,7%
5	N	4	8	12
	% Linha	33,3%	66,7%	100,0%
	% Grupo	26,7%	53,3%	40,0%
Total		50%	50%	100%

Relativamente à força muscular do membro inferior direito constatou-se que, no primeiro momento da avaliação, 46,7% dos utentes apresentavam força muscular grau 3, 26,7% dos utentes apresentavam força de grau 4 passando na segunda avaliação para 46,7% e 26,7% dos utentes força de grau 5, passando na segunda avaliação para 53,3% dos utentes com força muscular grau 5. O teste do Qui-Quadrado revela que as diferenças são estatisticamente significativas ($p = 0,01$).

Quadro 4 - Avaliação força muscular membro inferior esquerdo

Força Muscular MIE		Antes	Depois	Total
2	Frequência Nº	1	0	1
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
3	Frequência Nº	3	0	3
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	20,0%	0,0%	10,0%
4	Frequência Nº	9	4	13
	% Linha	69,2%	30,8%	100,0%
	% Grupo	60,0%	26,7%	43,3%
5	Frequência Nº	2	11	13
	% Linha	15,4%	84,6%	100,0%
	% Grupo	13,3%	73,3%	43,3%
Total		50%	50%	100%

No que diz respeito à força muscular do membro inferior esquerdo, os resultados apontam para 60% dos utentes com força muscular de grau 4 no primeiro momento, passando para 26,7% na segunda avaliação, 13,3% dos utentes com força de grau 5 na primeira avaliação, passando para 73,3% de força de grau 5 na segunda. O teste do Qui-Quadrado demonstra que há diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,007$).

No que respeita a variável sensibilidade, apenas 2 utentes da amostra apresentavam este défice, pelo que os dados não são suficientes para se obter conclusões, apesar da melhoria de sensibilidade dos membros afetados dos utentes sujeitos ao programa.

Os quadros que se seguem foram elaborados com base nos dados obtidos com a aplicação do Índice de Barthel e permitem avaliar a independência funcional e o efeito do programa de reabilitação no que diz respeito a esta variável.

Quadro 5 - Avaliação do autocuidado alimentação

Autocuidado Alimentação		Antes	Depois	Total
Ajuda	Frequência Nº	13	0	13
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	86,7%	0,0%	43,3%
Independente	Frequência	2	15	17
	% Linha	11,8%	88,2%	100,0%
	% Grupo	13,3%	100,0%	56,7%

Os resultados apresentados são referentes ao autocuidado alimentação. Verificamos que 86,7% dos utentes necessitavam de ajuda para iniciar e completar as atividades inerentes ao autocuidado alimentação e após a intervenção do enfermeiro especialista todos os utentes ficaram independentes neste autocuidado. Os valores entre as avaliações revelam uma diferença significativa, poder-se-á dizer que existe uma associação perfeita considerando o resultado do teste Qui-Quadrado, $p = 0,000$.

Quadro 6 - Avaliação do autocuidado banho

Autocuidado Banho		Antes	Depois	Total
Dependente	Frequência Nº	15	4	19
	% Linha	78,9%	21,1%	100,0%
	% Grupo	100,0%	26,7%	63,3%
Independente	Frequência	0	11	11
	% Linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% Grupo	0,0%	73,3%	36,7%

No que respeita ao autocuidado tomar banho, 100% dos utentes antes da implementação do programa eram dependentes, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação 73,3% dos utentes ficaram independentes no autocuidado. Os valores entre as avaliações revelam uma diferença significativa, considerando-se também neste autocuidado uma associação perfeita, tendo em conta o valor do teste Qui-Quadrado de $p = 0,000$.

Quadro 7 - Avaliação do autocuidado vestir

Autocuidado Vestir		Antes	Depois	Total
Dependente	Frequência Nº	6	0	6
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	40,0%	0,0%	20,0%
Necessita de ajuda	Frequência Nº	9	5	14
	% Linha	64,3%	35,7%	100,0%
	% Grupo	60,0%	33,3%	46,7%
Independente	Frequência Nº	0	10	10
	% Linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% Grupo	0,0%	66,7%	33,3%

Quanto ao autocuidado vestir, antes da implementação do programa de reabilitação, 40% dos utentes eram dependentes neste autocuidado e 60% necessitavam de ajuda para iniciarem e completarem as atividades inerentes a este autocuidado. Após a intervenção do enfermeiro de reabilitação nenhum utente apresentava dependência total, apenas 33,3% mantém a necessidade de ajuda e 66,7% dos utentes ficaram independentes neste autocuidado. Verificou-se que na primeira e segunda avaliação as diferenças observadas são estatisticamente significativas ($p = 0.000$).

Quadro 8 - Avaliação do autocuidado higiene pessoal

Autocuidado Higiene Pessoal		Antes	Depois	Total
Dependente	Frequência Nº	13	0	13
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	86,7%	0,0%	43,3%
Independente	Frequência Nº	2	15	17
	% Linha	11,8%	88,2%	100,0%
	% Grupo	13,3%	100,0%	56,7%

Quanto ao autocuidado higiene pessoal e antes da implementação do programa de reabilitação 86,7% dos utentes eram dependentes e após o programa todos os utentes ficaram independentes na realização das atividades inerentes a este autocuidado. A comparação dos resultados em cada um dos momentos revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0.000$).

Quadro 9 - Avaliação do autocuidado controlo de esfíncteres - dejeção

Autocuidado Controlo Esfíncteres - Dejeção		Antes	Depois	Total
Incontinente	Frequência Nº	1	0	1
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
Incontinente ocasional	Frequência Nº	4	0	4
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	26,7%	0,0%	13,3%
Continente	Frequência Nº	10	15	25
	% Linha	40,0%	60,0%	100,0%
	% Grupo	66,7%	100,0%	83,3%

Em termos de controlo de esfíncteres, antes do programa de reabilitação 6,7% dos utentes eram incontinentes, 26,7% dos utentes incontinentes ocasionais e 66,7% dos utentes continentes. Após a intervenção do enfermeiro de reabilitação 100% dos utentes tornaram-se continentes de esfíncter intestinal. Verifica-se que existem diferenças significativas nos dois momentos de avaliação ($p = 0,001$).

Quadro 10 - Avaliação do autocuidado controlo de esfíncteres - micção

Autocuidado Controlo de Esfíncteres – Micção		Antes	Depois	Total
Incontinente	Frequência Nº	1	0	1
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	6,7%	0,0%	3,3%
Incontinente ocasional	Frequência Nº	9	0	9
	% Micção	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	60,0%	0,0%	30,0%
Continente	Frequência Nº	5	15	20
	% Linha	25,0%	75,0%	100,0%
	% Grupo	33,3%	100,0%	66,7%

Em termos de controlo de esfíncter – micção – no primeiro momento de avaliação e antes da intervenção do enfermeiro de reabilitação, 6,7% dos utentes eram incontinentes, 60% incontinentes ocasionais e 33,3% dos utentes apresentavam continência de esfíncter vesical. Após a implementação do programa, 100% dos utentes apresentam controlo vesical. Constatou-se que existem diferenças significativas nos dois momentos de avaliação ($p = 0,001$).

Quadro 11 - Avaliação do autocuidado uso do sanitário

Autocuidado Uso do Sanitário		Antes	Depois	Total
Dependente	Frequência Nº	5	0	5
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	33,3%	0,0%	16,7%
Necessita de ajuda	Frequência Nº	10	1	11
	% Linha	90,9%	9,1%	100,0%
	% Grupo	66,7%	6,7%	36,7%
Independente	Frequência Nº	0	14	14
	% Linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% Grupo	0,0%	93,3%	46,7%

No que respeita ao autocuidado uso do sanitário 33,3% dos utentes eram dependentes e 66,7% dos utentes necessitavam de ajuda para iniciar e completar as atividades inerentes a este autocuidado. Após a intervenção do enfermeiro de reabilitação e a implementação do programa de reabilitação apenas 6,7% dos utentes mantêm a necessidade de ajuda neste autocuidado e 93,3% dos utentes ficaram independentes. A análise comparativa ao nível deste autocuidado revelou, em ambos os momentos, diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,000$).

Quadro 12 - Avaliação do autocuidado transferências

Autocuidado Transferências		Antes	Depois	Total
Dependente	Frequência Nº	4	0	4
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	26,7%	0,0%	13,3%
Grande ajuda	Frequência Nº	6	0	6
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	40,0%	0,0%	20,0%
Ajuda mínima	Frequência Nº	5	4	9
	% Linha	55,6%	44,4%	100,0%
	% Grupo	33,3%	26,7%	30,0%
Independente	Frequência Nº	0	11	11
	% Linha	0,0%	100,0%	100,0%
	% Grupo	0,0%	73,3%	36,7%

A análise dos resultados que constituem o quadro anterior e que são referentes ao nível de independência em termos de transferência, constatou-se que existem diferenças estatisticamente significativas entre os utentes nos dois momentos de avaliação ($p = 0,000$). Antes da aplicação do programa de reabilitação 26,7% dos utentes eram dependentes, 40% necessitavam de grande ajuda e 33,3% necessitavam de ajuda mínima. Após a intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação apenas 26,7% dos utentes necessitam de ajuda mínima e 73,3% ficaram independentes.

Quadro 13 - Avaliação do autocuidado deambulação

Autocuidado deambulação		Antes	Depois	Total
Dependente	Frequência Nº	9	0	9
	% Linha	100,0%	0,0%	100,0%
	% Grupo	60,0%	0,0%	30,0%
Grande ajuda	Frequência Nº	2	1	3
	% Linha	66,7%	33,3%	100,0%
	% Grupo	13,3%	6,7%	10,0%
Ajuda mínima	Frequência Nº	3	2	5
	% Linha	60,0%	40,0%	100,0%
	% Grupo	20,0%	13,3%	16,7%
Independente	Frequência Nº	1	12	13
	% Linha	7,7%	92,3%	100,0%
	% Grupo	6,7%	80,0%	43,3%

Relativamente à deambulação constatou-se que existem diferenças significativas na comparação entre os dois momentos de avaliação ($p = 0,000$). No primeiro momento de avaliação e antes da intervenção do enfermeiro de reabilitação 60% dos utentes eram dependentes, 13,3% dos utentes necessitavam de grande ajuda, 20% dos utentes necessitavam de ajuda mínima e 6,7% dos utentes eram independentes no autocuidado deambulação. No momento da 2ª avaliação e após a implementação do programa nenhum utente mostrou dependência total neste autocuidado, apenas 6,7% dos utentes necessitam de grande ajuda, 13,3% dos utentes necessitam de ajuda mínima e 80% dos utentes ficaram independentes no autocuidado deambular.

Quadro 14 - Avaliação do autocuidado escadas

Autocuidado Escadas		Antes	Depois	Total
Dependente	Frequência Nº	11	1	12
	% Linha	91,7%	8,3%	100,0%
	% Grupo	73,3%	6,7%	40,0%
Necessita de ajuda	Frequência Nº	3	7	10
	% Linha	30,0%	70,0%	100,0%
	% Grupo	20,0%	46,7%	33,3%
Independente	Frequência Nº	1	4	5
	% Linha	20,0%	80,0%	100,0%
	% Grupo	6,7%	26,7%	16,7%

Relativamente à independência em subir e descer escadas constatou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ($p = 0,002$) entre os dois momentos de avaliação. Antes da intervenção do enfermeiro de reabilitação 73,3% dos utentes eram dependentes no subir e descer escadas, 20% necessitavam de ajuda e 6,7% eram independentes. No momento da 2ª avaliação e após a implementação do programa de reabilitação 6,7% dos utentes eram dependentes no uso de escadas, 46,7% mantinham necessidade de ajuda e 26,7% eram independentes neste autocuidado.

Quadro 15 - Avaliação do equilíbrio

Avaliação Equilíbrio		Antes	Depois
Equilíbrio sentado	Frequência Nº	15	15
	% Grupo	100,0%	100,0%
Levantando	Incapaz	Frequência Nº	3
		% Grupo	0,0%
	Usa Braços	Frequência Nº	11
		% Grupo	60,0%
	Sem braços	Frequência Nº	1
		% Grupo	40,0%
Tentativas de levantar ($p = 0.000$)	Incapaz	Frequência Nº	5
		% Grupo	0,0%
	Mais de 1 tentativa	Frequência Nº	9
		% Grupo	20,0%
	Única tentativa	Frequência Nº	1
		% Grupo	80,0%
Assim que se levanta ($p = 0.001$)	Desequilibrado	Frequência Nº	10
		% Grupo	6,7%
	Estável, mas usa suporte	Frequência Nº	5
		% Grupo	46,7%
	Estável, sem suporte	Frequência Nº	0
		% Grupo	46,7%

Equilíbrio em pé (p = 0.001)	Desequilibrado	Frequência Nº	10	1
		% Grupo	66,7%	6,7%
	Suporte/base sustentação > 12 cm	Frequência Nº	5	9
		% Grupo	33,3%	60,0%
	Sem suporte e base estreita	Frequência Nº	0	5
		% Grupo	0,0%	33,3%
Teste dos 3 tempos (p = 0.000)	Começa a cair	Frequência Nº	11	1
		% Grupo	73,3%	6,7%
	Agarra ou balança (braços)	Frequência Nº	4	9
		% Grupo	26,7%	60,0%
	Equilibrado	Frequência Nº	0	5
		% Grupo	0,0%	33,3%
Olhos fechados (p = 0.000)	Desequilibrado	Frequência Nº	14	2
		% Grupo	93,3%	13,3%
	Equilibrado	Frequência Nº	1	13
		% Grupo	6,7%	86,7%
Girando 360° (p = 0.000)	Passos descontínuos	Frequência Nº	15	6
		% Grupo	100,0%	40,0%
	Passos contínuos	Frequência Nº	0	9
		% Grupo	0,0%	60,0%
	Instável	Frequência Nº	15	6
		% Grupo	100,0%	40,0%
	Estável	Frequência Nº	0	9
		% Grupo	0,0%	60,0%
Sentado (p = 0.000)	Inseguro	Frequência Nº	7	0
		% Grupo	46,7%	0,0%
	Usa braços	Frequência Nº	6	0
		% Grupo	40,0%	0,0%
	Seguro	Frequência Nº	2	15
		% Grupo	13,3%	100,0%

Em termos de equilíbrio constatamos que 100% dos utentes demonstraram equilíbrio sentado no 1º e 2º momento de avaliação. O teste do Qui-Quadrado revela que os resultados não são estatisticamente significativos.

No item levantando 20% dos utentes não eram capazes, 73,3% usavam os braços para se levantarem e 6,7% levantavam-se sem dificuldade. Após a intervenção do enfermeiro de reabilitação todos os utentes são capazes de se levantar sendo que 60% mantém o apoio e usa braços e 40% levanta-se sem apoio dos braços. O teste do Qui-Quadrado revela que os resultados são estatisticamente significativos ($p = 0,034$).

No item tentativas de levante 33,3% dos utentes eram incapazes de o fazer, 60% requeriam mais de 1 tentativa para o fazer e apenas 6,7% dos utentes levantavam-se de imediato. Após a implementação do programa todos os utentes são capazes de se levantar, apenas

20% necessitam mais de 1 tentativa e a sua maioria, 80% são capazes de se levantar em apenas uma única tentativa. O teste do Qui-Quadrado revela que os resultados são estatisticamente significativos, com $p = 0,000$.

No que diz respeito ao item assim que se levanta 66,7% dos utentes desequilibravam-se, 33,3% dos utentes ficavam estáveis mas usariam suporte. Após a intervenção do enfermeiro de reabilitação apenas 6,7% dos utentes desequilibravam-se, 46,7% dos utentes mantinham-se estáveis mas usavam suporte e outros 46,77% dos utentes mantinham-se estáveis sem recurso a suporte. O teste do Qui-Quadrado revela que os resultados são estatisticamente significativos, assumindo associação perfeita com $p = 0,000$.

No que respeita ao item equilíbrio em pé antes da implementação do programa, 66,7% dos utentes apresentavam desequilíbrio e 33,3% apresentavam base de sustentação larga. No 2º momento de avaliação e após a intervenção do enfermeiro de reabilitação apenas 6,7% dos utentes mantinham desequilíbrio em pé, 60% usavam base de sustentação larga em pé e 33,3% dos utentes usavam base de sustentação estreita em pé. O teste do Qui-Quadrado revela que os resultados são estatisticamente significativos, com p a assumir valores de 0,000.

No primeiro momento de avaliação e no que diz respeito ao item teste dos três tempos 73,3% dos utentes começavam a cair e 26,7% dos utentes tinham necessidade de se agarrar. Após a intervenção e implementação do programa apenas 6,7% dos utentes começaram a cair, 60% mantinham necessidade de se agarrar e 33,3% dos utentes apresentaram equilíbrio. O teste do Qui-Quadrado revela que os resultados são estatisticamente significativos, com $p = 0,000$.

No item olhos fechados, 93% dos utentes apresentaram desequilíbrio antes da intervenção do enfermeiro de reabilitação e 86,7% após a implementação do programa apresentaram equilíbrio com os olhos fechados. Mais uma vez, o teste do Qui-Quadrado revela que os resultados são estatisticamente significativos, com p a assumir valores de 0,000.

No item girando 360° 100% dos utentes apresentavam passos descontínuos e instabilidade antes da implementação do programa e após a implementação 60% dos utentes apresentaram passos contínuos e estabilidade. Mantém-se resultados estatisticamente significativos com teste do Qui-Quadrado a assumir valores de $p = 0,000$.

Por fim, no item sentado 46,7% dos utentes apresentavam-se inseguros, 40% usavam os braços e apenas 13,3% dos utentes apresentavam-se seguros. Após a intervenção do

enfermeiro 100% dos utentes apresentavam-se seguros quando sentados. Os resultados do teste estatístico revelaram que as diferenças são estatisticamente significativas em todos os itens da escala de avaliação do equilíbrio, à exceção do item equilíbrio sentado e levantando. O teste do Qui-Quadrado revela que os resultados são estatisticamente significativos, com $p = 0,000$.

Quadro 16 - Avaliação da marcha

Avaliação da Marcha			Antes	Depois
Início da Marcha ($p = 0,000$)	Hesitação ou várias tentativas	Frequência Nº	14	2
		% Grupo	93,3%	13,3%
	Sem hesitação	Frequência Nº	1	13
		% Grupo	6,7%	86,7%
Comprimento e altura dos passos ($p = 0,002$)	a) O pé direito - Não ultrapassa o pé esquerdo	Frequência Nº	9	1
		% Grupo	60,0%	6,7%
	- Ultrapassa o pé esquerdo	Frequência Nº	6	14
		% Grupo	40,0%	93,3%
	- Não sai completamente do chão	Frequência Nº	9	1
		% Grupo	60,0%	6,7%
	- Sai completamente do chão	Frequência Nº	6	14
		% Grupo	40,0%	93,3%
Comprimento e altura dos passos pé esquerdo ($p = 0,002$)	b) O pé esquerdo - Não ultrapassa o pé direito	Frequência Nº	9	1
		% Grupo	60,0%	6,7%
	- Ultrapassa o pé direito	Frequência Nº	6	14
		% Grupo	40,0%	93,3%
	- Não sai completamente do chão	Frequência Nº	9	1
		% Grupo	60,0%	6,7%
	- Sai completamente do chão	Frequência Nº	6	14
		% Grupo	40,0%	93,3%
Simetria dos Passos ($p = 0,000$)	Passos diferentes	Frequência Nº	13	2
		% Grupo	86,7%	13,3%
	Passos semelhantes	Frequência Nº	2	13
		% Grupo	13,3%	86,7%
Continuidade dos passos ($p = 0,000$)	Paradas ou passos descontínuos	Frequência Nº	12	2
		% Grupo	80,0%	13,3%
	Passos contínuos	Frequência Nº	3	13
		% Grupo	20,0%	86,7%
Direção ($p = 0,008$)	Desvio nítido	Frequência Nº	9	1
		% Grupo	60,0%	6,7%
	Desvio leve ou moderado uso de apoio	Frequência Nº	5	12
		% Grupo	33,3%	80,0%

	Linha reta sem apoio	Frequência Nº	1	2
		% Grupo	6,7%	13,3%
Tronco (p = 0,000)	Balanço grave ou uso de apoio	Frequência Nº	14	1
		% Grupo	93,3%	6,7%
	Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços	Frequência Nº	1	13
		% Grupo	6,7%	86,7%
	Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	Frequência Nº	0	1
		% Grupo	0,0%	6,7%
Distância dos tornozelos (p = 0,001)	Tornozelos separados	Frequência Nº	13	4
		% Grupo	86,7%	26,7%
	Tornozelo quase que se tocam enquanto andam	Frequência Nº	2	11
		% Grupo	13,3%	73,3%

No que respeita a avaliação da marcha, no 1º momento de avaliação, 93,3% dos utentes hesitavam no início da marcha e após a intervenção do enfermeiro de reabilitação a maioria, 86,7% dos utentes, executavam sem hesitação. O teste do Qui-Quadrado revela que as diferenças são significativas com valores de $p = 0,000$.

O comprimento e a altura dos passos foram corrigidos, tanto no pé esquerdo como no pé direito, na sua maioria, 60% dos utentes, não eram capazes de na marcha um pé ultrapassar o outro nem fazer com que estes saíssem do chão, antes da intervenção do enfermeiro de reabilitação. Após o programa de intervenção 93,3% dos utentes corrigiram a marcha disponibilizando um pé diante do outro e permitindo que estes saíssem do chão. O teste do Qui-Quadrado demonstra diferenças estatisticamente significativas com valores de $p = 0,002$.

Relativamente aos passos, à sua simetria e continuidade também foram melhorados, 86,7% dos utentes apresentam no 2º momento de avaliação passos semelhantes e continuidade na passada, sendo que no início apresentavam 86,7% dos utentes passos diferentes e 80% não iniciavam a marcha ou os passos eram descontínuos. Mais uma vez, o teste do Qui-Quadrado revela que as diferenças são significativas, uma associação perfeita com valores de $p = 0,000$.

Em relação à direção, inicialmente, e antes da intervenção do enfermeiro especialista 60% dos utentes apresentavam desvio nítido na marcha e no 2º momento de avaliação 80% dos utentes apresentam apenas desvio leve ou uso moderado de apoio e 13,3% dos utentes deambulam em linha reta e sem apoio. O teste do Qui-Quadrado revela que as diferenças são significativas com valores de $p = 0,008$.

Relativamente ao tronco, no primeiro momento de avaliação, 93,3% dos utentes balançavam gravemente ou usavam apoio, após a intervenção do enfermeiro de reabilitação 86,7% dos utentes necessitam de fletir joelhos, dorso ou usar os braços ou apoio, sendo que 6,7% recuperaram e não mostram alterações. O teste do Qui-Quadrado revela que as diferenças são significativas com valores de $p = 0,000$.

No item distância dos tornozelos, inicialmente 86,7% dos utentes executavam a marcha com os tornozelos separados, enquanto que, no 2º momento de avaliação, 73,3% dos utentes andam sem que os tornozelos se toquem. O teste do Qui-Quadrado demonstra que as diferenças são estatisticamente significativas assumir valor de $p = 0,001$. Na avaliação da marcha todos os itens na sua comparação entre os dois momentos de avaliação mostraram-se estatisticamente significativos.

Quadro 17 - Avaliação quedas

Avaliação Quedas			Antes	Depois
História de quedas nos últimos 3 meses ($p = 0,006$)	Não	Frequência Nº	9	15
		% Grupo	60,0%	100,0%
	Sim	Frequência Nº	6	0
		% Grupo	40,0%	0,0%
Diagnóstico Secundário	Sim	Frequência Nº	15	15
		% Grupo	100,0%	100,0%
Ajuda na Mobilização	Acamado/Repouso no leito	Frequência Nº	9	2
		% Grupo	60,0%	13,3%
	Bengala/Andarilho/Canadiana	Frequência Nº	2	9
		% Grupo	13,3%	60,0%
	Aparelho/Equipamento	Frequência Nº	4	4
		% Grupo	26,7%	26,7%
Terapia Endovenosa	Não	Frequência Nº	15	15
		% Grupo	100,0%	100,0%
Marcha ($p = 0,004$)	Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	Frequência Nº	5	2
		% Grupo	33,3%	13,3%
	Alterada/Cambaleante	Frequência Nº	7	1
		% Grupo	46,7%	6,7%
	Lenta	Frequência Nº	3	12
		% Grupo	20,0%	80,0%
Estado Mental	Orientado	Frequência Nº	12	15
		% Grupo	80,0%	100,0%
	Desorientado/Confuso	Frequência Nº	3	0
		% Grupo	20,0%	0,0%

Por último, o estudo comparativo da escala de quedas de Morse revelou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos, de acordo com o teste Qui-Quadrado com valores de $p = 0,006$. Na 1ª avaliação 60% dos utentes apresentavam história de queda nos últimos 3 meses e após a intervenção do enfermeiro especialista não há quedas a registar.

Todos os utentes internados apresentavam diagnóstico secundário. Inicialmente, 60% dos utentes eram acamados, após a 2ª avaliação verificou-se que 13,3% dos utentes se mantiveram acamados. Após a intervenção do programa de reabilitação 60% dos utentes passaram a fazer uso de dispositivo de apoio aquando da deambulação. O teste Qui-Quadrado revela que as diferenças são estatisticamente significativas, com $p = 0,012$.

Nenhuns dos utentes em estudo apresentavam terapia endovenosa. Relativamente à marcha 33,3% dos utentes encontravam-se, na 1ª avaliação, com marcha normal/acamados/cadeira de rodas, sendo que a sua maioria após a intervenção do enfermeiro passaram a deambular. O teste do Qui-Quadrado revela que as diferenças são estatisticamente significativas com valores de $p = 0,004$.

A maioria dos utentes internados (80%) encontravam-se orientados.

Globalmente os resultados permitem-nos afirmar que existe evidências estatísticas de que o programa de reabilitação contribui para o aumento da independência funcional dos utentes, pois os resultados obtidos apresentaram diferenças significativas favoráveis à independência dos autocuidados da primeira para a última avaliação.

3. A evolução dos cuidados de reabilitação numa unidade de média duração e reabilitação

Dois objetivos que serviram de guia orientador, relacionam-se com as características da população cuidada pelos enfermeiros especialistas de reabilitação, no que concerne à independência funcional e à evolução do utente face à intervenção do enfermeiro de reabilitação numa unidade de média duração e reabilitação. Este capítulo emerge após a

apresentação dos resultados obtidos, relativamente ao grau de independência do utente em programa de intervenção do enfermeiro especialista da unidade. Analisa-se e interpreta-se os resultados através da análise comparativa dos dados, da primeira e da segunda avaliação dos utentes, com intervenção do enfermeiro de reabilitação, procedendo à sua discussão e apreciação crítica, comparando-os entre si e com o quadro teórico de referência, por forma a compreendê-los e tirar as melhores conclusões. É dado destaque aos resultados mais relevantes, dando resposta aos objetivos do estudo e às questões de investigação, procurando, sempre que possível, a sua justificação, fazendo uso do quadro teórico.

Considera-se relevante abordar, em primeiro lugar, alguns aspetos relativos à caracterização da amostra ao nível: sociodemográfico, do contexto clínico, do tempo de imobilidade, do estado confusional e da independência funcional, sendo efetuada a discussão destes itens em função dos objetivos propostos.

No que respeita à idade, os utentes tinham idades compreendidas entre 64 e os 90 anos, perfazendo uma média de idades de 74 anos. Assim, permite concluir que a grande maioria das pessoas internadas apresentavam idades superiores a 65 anos, ou seja, uma amostra maioritariamente idosa. Os resultados do estudo vão de encontro aos dados dos censos do INE (2011), os quais realçam o fenómeno do envelhecimento demográfico. Conforme salienta o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2005), estima-se que nos próximos anos as necessidades de cuidados de saúde à pessoa idosa, ou seja com mais de 65 anos, aumentem, assim como a incidência e prevalência de doenças de evolução prolongada, levando a custos e dependência aos seus portadores e família. Matos (2008) corrobora que a dependência aumente entre os 65 e os 90 anos de idade, indo de encontro à média de idades da nossa amostra.

Relativamente ao sexo verifica-se que no presente estudo predomina o feminino com 53,3% em relação ao sexo masculino com 46,7% dos casos. Este facto explica-se na medida em que a esperança média de vida é superior nas mulheres. De acordo Campos (2014) as mulheres vivem mais tempo do que os homens, mas apresentam piores condições de vida. Duca, Silva e Hallal (2009) constataram no seu estudo que, quanto maior a idade, maior a incapacidade para as atividades de vida diária.

Poderá dizer-se também que a amostra do estudo é um reflexo da população geral que está aos cuidados da RNCCI em Portugal. Os resultados do relatório intercalar da monitorização da RNCCI mostram que a idade média dos utentes propostos para admissão é de 73 anos,

aproximadamente 80% dos clientes da RNCCI têm mais de 65 anos, 53% dos clientes são do sexo feminino e 47% do sexo masculino, UMCCI (2012).

No que concerne às habilitações literárias, a situação mais comum, era que os utentes da amostra do presente estudo detinham o 1º ciclo de escolaridade (73,3%) e nenhum utente possuía níveis académicos superiores. Num estudo efetuado por Lourenço (2011) em que pretendeu estudar a capacidade funcional dos idosos internados no hospital, chegou à conclusão que a idade média era de 82 anos e com o 1º ciclo incompleto. No que diz respeito ao estado civil destacaram-se os indivíduos viúvos (40%) e em seguida os casados cerca de 30%, já os dados do relatório de monitorização da RNCCI confirmam que aproximadamente metade dos utentes são casados (46%).

Os utentes deste estudo deram entrada na unidade provenientes, maioritariamente, do hospital ou de outra unidade de cuidados continuados. A maior parte dos indivíduos apresentavam prestadores de cuidados, sendo os filhos os mais frequentes. Em diversos estudos quando correlacionam as características sociodemográficas com a recuperação funcional, verifica-se que nenhuma destas influencia a recuperação. No entanto, apesar de não serem significativos, estes resultados, verifica-se que os mais indivíduos mais idosos recuperam menos, os que têm maior nível de escolaridade, os do sexo masculino e os casados ou em união de facto recuperam mais. Assim como os doentes que vêm do domicílio recuperam mais e os que possuem prestador de cuidados recuperam menos. Os doentes institucionalizados são os que apresentam prestador de cuidados e são os que recuperam menos independência funcional, isto poderá estar relacionado com o facto de os prestadores de cuidados substituírem os doentes e não permitirem estes tornarem-se mais autónomos.

Os resultados deste estudo verificaram que o tempo médio de imobilidade dos indivíduos da unidade de média duração e reabilitação tinha sido de 3 meses. Redondo citado por Boechat et al. (2012) realça que o repouso entende-se num período de 7 a 10 dias, de 12 a 15 dias já se pode considerar uma imobilização e superior a 15 dias corresponde a um decúbito de longa duração, sendo que na nossa amostra constatou-se, em média, que os utentes estiveram sujeitos a um decúbito de longa duração e que segundo o mesmo autor, cada semana de imobilização completa no leito, o doente perde entre 10 a 20% da sua força muscular inicial e a partir das 4 semanas cerca de 50% da sua massa muscular pode estar perdida. Assim, a isto, acresce as consequências que advém de um decúbito de longa duração, como alterações cardiovasculares, gastrointestinais, metabólicas e músculo-

esqueléticas. Kalisch et al. (2013) efetuaram uma revisão da literatura em que incluíram trinta e seis estudos, que pretendiam conhecer as consequências da imobilidade durante o internamento hospitalar. Os autores referidos concluíram que a imobilidade a nível físico promove sintomas de dor, alterações psicológicas como ansiedade, humor depressivo, angústia, diminuição do conforto e satisfação e a nível social menor qualidade de vida e da independência. Os autores concluíram que a imobilidade aumenta o tempo de internamento, assim como a mortalidade e os custos com a saúde.

O presente estudo revela que o diagnóstico mais frequente dos utentes internados na unidade é do foro neurológico, ou seja, o AVC isquémico, com 53,3% dos casos. Como podemos verificar as doenças cerebrovasculares são uma importante causa de imobilidade. Lima et al. (2007) corrobora os resultados e refere que as doenças cerebrovasculares afetam mais as pessoas idosas. Alves et al. (2007) revela que uma pessoa hipertensa aumenta em 39% a probabilidade do idoso ser dependente nas atividades de vida diárias.

Rodrigues et al. (2009) estudaram a morbilidade e como esta pode interferir na capacidade funcional dos idosos, sendo a sua maioria mulheres, com fatores de risco cardiovasculares. Estes concluíram que as patologias que mais interferiam nas atividades de vida diárias são os AVC's, catarata e osteoporose, corroborando com os resultados do nosso estudo em que a patologia osteoarticular é verificada em 46,7% da amostra. A Direção Geral de Saúde (2001) defende ainda que o AVC é um grave problema de saúde pública em Portugal, constituindo a principal causa de morte no nosso país e a principal causa de incapacidade nas pessoas com mais idade. Ferro e Pimentel (2006) ainda acrescentam que o AVC é também uma das patologias que mais frequentemente causa internamento hospitalar. Petronilho (2012) no seu estudo realça que 67,4% dos estudos associam o fenómeno autocuidado e independência para a sua realização com os processos patológicos. Os resultados de diagnóstico do presente estudo vão de encontro ao dos utentes admitidos nas unidades de internamento da Rede, segundo os dados do relatório da RNCCI, UMCCI (2012), em que o diagnóstico de AVC (17,1%) e as fraturas do cólo do fémur (7,5%) são os mais frequentes, assumindo especial importância na tipologia de Média Duração e Reabilitação (22,2%) e Convalescença (9,5%) respetivamente.

Os principais objetivos deste estudo são descrever as condições de independência no autocuidado dos idosos no momento da admissão e na alta e analisar as diferenças da independência dos idosos antes e após a implementação do programa. Isto é, avaliar a influência do enfermeiro de reabilitação nos cuidados de enfermagem numa Unidade de

Média Duração e Reabilitação. Este estudo pretende contribuir para que os cuidados de enfermagem de reabilitação sejam reconhecidos como fulcrais na recuperação dos défices dos utentes aos mais diferentes níveis. Este estudo pretende também dar resposta à seguinte questão de investigação do estudo: verificar se um programa de intervenção dirigido a idosos internados numa unidade de média duração contribui para aumentar a sua independência.

Num estudo efetuado por Ueda e Shimada citado por Petronilho (2012), existe uma associação significativa entre as limitações na participação do autocuidado e maior risco de morbilidades, destacando a importância do poder terapêutico da participação da pessoa no autocuidado. Nos doentes institucionalizados é importante realçar a sua participação na execução das atividades da vida diária como a higiene, o vestir-se, o ir ao sanitário, o alimentar-se, por forma a tornar o utente autónomo dando-lhe oportunidade para estes decidirem, exercendo o comando e efetuando algo pelos seus próprios meios. Assim, permite ao utente vivenciarem experiências e momentos de satisfação e realização pessoal.

Com o intuito de dar resposta ao objetivo descrever o padrão funcional dos utentes internados na unidade de média duração e reabilitação, ou seja, descrever as condições de independência dos idosos no momento de admissão e na alta, verificamos que na primeira avaliação, os utentes apresentaram de média um score de 40 no Índice de Barthel, o que significa que os utentes internados apresentavam uma dependência modificada, tendo necessidade de assistência moderada nas tarefas das atividades de vida diárias e na segunda avaliação este score passou para 85, o que significa que os utentes passaram de dependência moderada para uma dependência reduzida com necessidade de supervisão nos autocuidados. Este aumento estatisticamente significativo, dá assim resposta ao objetivo de identificação de ganhos na independência funcional do utente internado na Unidade de Média Duração e Reabilitação após a intervenção do enfermeiro de reabilitação. Analisando cada uma das subescalas do Índice de Barthel verificou-se um aumento estatisticamente significativo em todas.

Globalmente verifica-se na primeira avaliação o domínio do banho, a dimensão com maior percentagem de utentes dependentes, seguido de higiene pessoal, alimentação e subir e descer escadas. Na segunda avaliação, o autocuidado que apresenta maiores valores de dependência é o banho e o vestuário, sendo a alimentação e a higiene pessoal o autocuidado que apresenta menos índice de utentes dependentes. Estes resultados são idênticos aos verificados em outros estudos, que revelam que a função motora e a

atividade física são os domínios em que se verificam maiores percentagens de dependência total e/ou necessitam de ajuda. Sequeira (2010) num trabalho realizado com o recurso ao índice de Barthel, constata que os idosos apresentam maiores níveis de dependência essencialmente para subir e descer escadas, vestir, banho e higiene pessoal. Martins (2002) concluiu que em grande parte dos seus utentes e com recurso ao índice de Barthel uma limitação ao nível motor nomeadamente na marcha e escadas. Ao invés da continência de esfínteres urinário e fecal em que verifica que os utentes são menos dependentes a este nível. Ricarte (2009) num seu estudo também com recurso ao Índice de Barthel concluiu que os autocuidados com maiores níveis de dependência são subir e descer escadas, deambulação, banho, higiene e vestir enquanto que, os autocuidados que apresentam menores níveis de dependência, são o controlo intestinal e vesical, tal como se verifica no presente estudo.

De forma global denota-se que entre a primeira e a segunda avaliação existe uma diminuição da percentagem de utentes dependentes e um aumento dos independentes. Apesar disso, verifica-se que alguns utentes continuam dependentes ou necessitam de ajuda. De acordo com Petronilho et al. (2010) pode-se justificar o referido anteriormente pela evolução natural da doença, que maioritariamente é crónica, o processo de envelhecimento que se torna irreversível e a degradação dos sistemas corporais são fatores determinantes na estabilidade e evolução da condição de saúde do utente face à dependência no autocuidado. No presente estudo em todos os autocuidados verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa ($p = 0,000$) em todas as componentes. Os resultados do presente estudo vão de encontro com a literatura consultada na medida em que os idosos desempenham as tarefas quotidianas com maior segurança, autoconfiança e motivação, após a sua participação em programas e após serem estimulados a realizarem, sempre que possível, na totalidade as tarefas diárias. Segundo Lopes, Passerini e Travensolo (2010) a independência funcional só é obtida e mantida quando a pessoa adquire um nível adequado de força muscular, equilíbrio e motivação.

Januário (2013) concluiu num estudo realizado, que a hospitalização por si só promove alterações no estado de saúde dos indivíduos, concluindo que no momento da admissão existem alterações negativas e significativas em relação ao momento que antecedeu a hospitalização, acrescentando que no momento da alta existem alterações positivas relativamente à admissão. No presente estudo os doentes apresentaram alterações significativamente positivas na recuperação da sua independência funcional, relativamente ao momento que antecedeu a sua hospitalização, o que nos leva a considerar que a

diferença poder-se-á atribuir à execução do programa de intervenção do enfermeiro de reabilitação. Tal como Ricardo (2012) realizou um estudo com doentes vítimas de AVC cujo objetivo era verificar a evolução do grau de dependência dos utentes desde a admissão até à alta, com a intervenção do enfermeiro especialista em reabilitação, tendo concluído que o aumento da idade influencia diretamente o grau de dependência e que existe evolução funcional dos utentes, no período de internamento até à alta. O mesmo autor refere que no momento da admissão as pessoas autónomas eram 3,7% da amostra, tendo verificado que na alta este valor aumentou para 19,2%.

No que respeita à componente força muscular para os membros superiores e membros inferiores verificou-se, no presente estudo, que os utentes obtiveram benefícios significativamente estatísticos após a aplicação do programa de reabilitação ($p = 0,001$). Segundo Kisner e Colbu (2005) quando os sistemas do corpo são expostos a um apropriado programa de exercícios, estes reagem com várias respostas fisiológicas agudas e depois adaptam-se, isto é, os sistemas corporais acomodam-se com o tempo às exigências impostas. À semelhança deste estudo, muitos outros realizados mostram que os idosos podem beneficiar com um programa que inclua treino de força muscular. Para Araújo, Fló e Muchale (2010) e Albino et al. (2012) a intensidade do treino da força muscular é o fator que mais influência exerce sobre esta componente, comparativamente ao volume, ao tempo e à frequência do treino. Para Grando et al. (2009) tanto o uso de alta intensidade como de baixa trazem benefícios, na medida em que são capazes de aumentar a força e tamanho muscular, assim como a flexibilidade, a velocidade da marcha e a capacidade de subir escadas com segurança através de um programa de exercícios. Tal como referido, o treino de força muscular não só permite o aumento dos níveis de força muscular como de outras capacidades e prevenção de quedas. Como podemos verificar pelos resultados da aplicação da Escala de Morse, na primeira avaliação, 60% dos utentes apresentavam história de queda nos últimos 3 meses e após a intervenção do enfermeiro especialista não há quedas a registar, revelando-se os resultados da comparação dos dois momentos de avaliação estatisticamente significativos ($p = 0,006$). O treino de força muscular tem também demonstrado contribuir significativamente para a capacidade funcional do idoso, quer em termos de força, quer em termos mobilidade, no que respeita à velocidade da marcha, à capacidade de subir escadas, no aumento do equilíbrio e na capacidade de realizar tarefas do dia-a-dia (Araújo, Fló e Muchale, 2010) tal como verificado neste estudo.

A manutenção do equilíbrio permite ao idoso executar de forma independente as tarefas quotidianas. No presente estudo foi usado a escala de Tinetti para avaliar o equilíbrio. Na análise dos resultados comparados entre os dois momentos de avaliação verifica-se que estes são estatisticamente significativos e que o score passa de 7 pontos para 21 pontos no total, o que se pode concluir que, o programa de reabilitação efetuado foi eficaz nesta capacidade, na medida em que, a pontuação total do índice de Tinetti é de 28 pontos, sendo que pontuação menor que 19, indica um risco de quedas cinco vezes maior. Este estudo vai de encontro ao que defendem Bernardi, Reis e Lopes (2008). Estes autores fazem referência que o aumento da força muscular tem um papel essencial na manutenção do equilíbrio e consequentemente na prevenção de quedas, permitindo ao idoso prevenir situações de desequilíbrio. Couto (2006) defende que a manutenção da força muscular proporciona melhor controlo do equilíbrio e consequentemente prevenção de quedas.

Após a apresentação e discussão dos resultados relativos à caracterização sociodemográfica da amostra, à independência funcional, força muscular e ao equilíbrio com melhorias estatisticamente significativas desde o momento da admissão até à alta, emerge a necessidade de dar resposta a outro dos objetivos do estudo. Analisar as diferenças da independência dos idosos antes e após a implementação do programa, ou seja, verificar que evolução se percebe na independência do utente face à intervenção do enfermeiro especialista de reabilitação na Unidade de Média Duração e Reabilitação. Para tal avaliou-se os utentes na admissão, implementou-se o programa de reabilitação e, após, procedeu-se à segunda avaliação dos utentes. Do programa de reabilitação previamente elaborado, para cada utente, foi traçado um plano individual e adaptado à realidade da situação. De acordo com os dados obtidos deste estudo, o enfermeiro de reabilitação necessitou em média de 40 dias/320 horas para cumprir as intervenções a que se propôs. O treino de equilíbrio e marcha e o treino de autocuidados foram os mais executados pelo enfermeiro de reabilitação, seguido do treino músculo-articular e proprioceptivo. Com o programa de reabilitação verificou-se, como já demonstrado anteriormente, uma evolução funcional em todas as pessoas incluídas no programa. A estruturação de um programa de reabilitação funcional dirigido a idosos com défice funcional permite a implementação de planos de reabilitação individualizados e adequados à condição funcional, clínica e social de cada pessoa, consegue-se com isso maximizar os ganhos e garantir a sustentabilidade dos mesmos ao longo do tempo. Neste sentido tal como Afirmam Araújo, Fló e Muchale (2010), o exercício é um meio de promoção de autonomia, uma vez que, na segunda avaliação do grupo experimental verificou-se no domínio da independência funcional melhorias

estatisticamente significativas ao nível da realização dos autocuidados, da mobilidade, da locomoção, assim como ao nível dos valores da MIF total. Os resultados do presente estudo vão de encontro à opinião de Gallon et al. (2011), na medida em que estes autores fazem referência que os programas melhoram a mobilidade, diminuindo a taxa de desequilíbrios, promovendo maior segurança. Assim, verifica-se que a independência funcional está também fortemente ligada com a capacidade de manter o estado funcional do sistema neuromuscular.

Na perspetiva da CEER (2010), o que distingue os cuidados de enfermagem de reabilitação dos restantes cuidados de enfermagem é, o tipo de conhecimento que o enfermeiro especialista possui e, a abordagem terapêutica que usa no seu tempo de contacto.

A enfermagem de reabilitação é considerada pela Ordem dos Enfermeiros (2011) uma área de intervenção da enfermagem de excelência e de referência pois previne, recupera e ambiciona habilitar de novo os doentes, vítimas de doença súbita ou descompensação da doença crónica, que provoquem défice funcional, promovendo a maximização das capacidades funcionais das pessoas. Os objetivos são melhorar a função e promover a independência funcional da pessoa, permitindo-lhe viver com mais qualidade.

Em suma, e tendo em conta os resultados obtidos, verificamos que nestas instituições, nomeadamente nas Unidades de Média Duração e Reabilitação, os idosos devem ser incentivados a cumprirem normas de forma a adaptarem-se à instituição como se trata-se das suas próprias casas, criando momentos, lugares e oportunidades para melhorarem a sua autonomia e independência na realização das tarefas diárias.

CONCLUSÃO

O enfermeiro especialista nomeadamente o enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação possui um nível elevado de conhecimentos, de experiência acrescida e presta cuidados de maior complexidade o que lhe permite tomar decisões que dizem respeito à promoção da saúde, prevenção de complicações associadas, tratamento e reabilitação.

O enfermeiro de reabilitação maximiza o potencial do utente, é um elemento de referência dentro da equipa de enfermagem, na orientação das práticas de cuidados de enfermagem, assumindo-se como um elemento chave na conceção dos cuidados. O enfermeiro de reabilitação na Unidade de Média Duração e Reabilitação ocupa uma posição privilegiada na equipa multidisciplinar, sensibiliza e orienta a prática de cuidados dos seus colegas, assume também o papel de gestor de caso. O enfermeiro de reabilitação dispõe de meios muito distintos e particulares que lhe confere especificidade necessária para garantir a sua função de perito, conselheiro e formador.

Os enfermeiros de reabilitação integram na sua avaliação dos utentes escalas que fazem jus à sua área de especialização, instrumentos utilizados na recolha de informação que avaliam o autocuidado, a força muscular, o equilíbrio corporal, que permitem caracterizar de forma diferenciada o utente após um evento crítico gerador de dependência, demonstrando a capacidade funcional da pessoa.

A dependência é avaliada através da relação que existe entre a capacidade de ação da pessoa e a sua necessidade de cuidados, para isso é fulcral a intervenção do enfermeiro especialista nestas unidades por forma a avaliar o potencial de desenvolvimento da pessoa, com recursos a instrumentos, técnicas e aos sistemas de informação, sendo esta avaliação que conduz ao processo terapêutico.

Os enfermeiros de reabilitação que pelas suas competências acrescidas e específicas intervêm a um nível de complexidade mais elevado, promovem a máxima autonomia e independência das pessoas portadoras de défices, quer funcionais, sensitivos ou cognitivos potencialmente recuperáveis e a manutenção daqueles défices irreversíveis.

O enfermeiro especialista em reabilitação centra a sua intervenção em focos específicos no domínio dos processos corporais como a força muscular, o equilíbrio corporal e o movimento articular, uma vez que as dificuldades da pessoa no desempenho do autocuidado estão relacionadas, na sua maioria, às alterações dos processos corporais resultantes do evento crítico.

O presente estudo vai de encontro ao exposto anteriormente, na medida em que, o investigador integrou na sua avaliação escalas do seu domínio, aplicou-as antes e após a implementação do programa de intervenção ao utente e demonstrou significativamente os resultados do seu trabalho.

O processo de reabilitação é único e pessoal e de forma alguma se inicia e termina num hospital ou numa unidade. Este constrói-se mental e fisicamente como um conjunto de comportamentos que a pessoa deve incutir e levar para o resto da vida. O sucesso da reabilitação depende da continuidade, da coordenação e da inter-relação entre a equipa de saúde, utente, família e a comunidade.

Podemos concluir que a amostra apresentava um padrão funcional em que necessitavam de ajuda moderada para executar as atividades inerentes ao autocuidado.

As doenças cerebrovasculares são a principal causa de morte no país e de imobilidade, sendo o AVC o principal diagnóstico dos utentes do presente estudo, tal como acontece nas outras unidades da rede. Em média os utentes estiveram sujeitos a 90 dias de imobilidade, sendo considerado um decúbito de longa duração.

Os resultados do presente estudo revelaram diferenças estatisticamente significativas no primeiro momento de avaliação dos utentes internados na Unidade de Média Duração e Reabilitação em relação ao segundo momento de avaliação. Os utentes passaram de um score médio de 40 para um score médio de 85 no Índice de Barthel. A recuperação funcional dos utentes internados teve um aumento significativo em todas as dimensões do Índice de Barthel quando comparamos a 1ª e a 2ª avaliação, ou seja, o efeito do programa de intervenção do enfermeiro de reabilitação foi significativo.

De todas as intervenções do programa de reabilitação as que se verificou mais impacto da intervenção do enfermeiro de reabilitação foram as relacionadas com o treino de equilíbrio/marcha e o treino de autocuidados seguidas das intervenções relacionadas com o treino músculo-articular e proprioceptivo.

Tendo em conta os resultados obtidos, os cuidados de enfermagem de reabilitação, poderão traduzir-se em ganhos em saúde, na medida em que permitem: diminuir o número de dias de internamento, diminuição do número de reinternamentos, maior autonomia e independência nas atividades de vida diária; maior independência funcional e maior qualidade de vida.

A forma de organização do trabalho dos enfermeiros numa unidade de cuidados implica que a adoção de um método de trabalho que melhor se adequa à prestação de cuidados. Os métodos mais aceites são o do enfermeiro responsável e o individual, onde os cuidados são centrados na pessoa e não na tarefa o que possibilita maior contacto e conhecimento dos enfermeiros a um restrito grupo de doentes, no sentido de estabelecer uma relação terapêutica entre estes. O enfermeiro de reabilitação comparado com o enfermeiro generalista ao possuir mais competências estão mais aptos a integrar todas as vertentes dos cuidados necessários à pessoa com incapacidade no desempenho do autocuidado, tendo em conta as necessidades e objetivos terapêuticos de cada um, fomentando a autonomia e promovendo a independência.

Os resultados do estudo traduzem a importância do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros de reabilitação nestas Unidades de Média Duração e Reabilitação, da RNCCI, em que estes profissionais demonstram a sua utilidade, por via dos ganhos em saúde e dos cuidados diferenciados que prestam ao utente, os cuidados de enfermagem de reabilitação são significativos na reconstrução da autonomia da pessoa com dependência no autocuidado.

Após a conclusão deste estudo apontamos as dificuldades sentidas na consecução deste. A principal prendeu-se com a disponibilidade pessoal que este estudo requer, outras como a escassa experiência na área de investigação e ainda outra o descortino das Unidades de Média Duração e Reabilitação com o enfermeiro de reabilitação. Considera-se que o conhecimento destes fenómenos e os resultados destes estudos se revelem fundamentais para perceber o processo de cuidados do enfermeiro de reabilitação nestas Unidades de Média Duração e Reabilitação.

As Unidades de Média Duração e Reabilitação dão resposta a necessidades transitórias, promovem a reabilitação e a independência, após situação clínica aguda ou descompensação de doença crónica, cuja previsibilidade de dias de internamento se situe entre 30 e 90 dias.

As horas semanais de enfermagem nestas unidades incluem o coordenador, os enfermeiros generalistas e o enfermeiro de reabilitação. Para 15 camas/utentes desta unidade as horas estipuladas da RNCCI de enfermagem são 180 horas semanais. O enfermeiro de reabilitação na execução do programa de reabilitação precisou de 320 horas de trabalho, em média, dos 70 dias de internamento de cada utente.

O objetivo fulcral das Unidades de Média Duração e Reabilitação é a promoção de autonomia e melhoria da funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. Sendo assim, deixamos a seguinte pergunta, como é que o enfermeiro de reabilitação consegue dar resposta aos objetivos que a rede se propõe e aos cuidados diferenciados que esta tipologia de utentes exige?

Pensámos, por isso, que é pertinente dar continuidade ao estudo com a aplicação de outra técnica de recolha de dados, como a observação participante e a da prática de cuidados. Seria pertinente considerar a perspetiva das pessoas dependentes e dos seus familiares cuidadores em relação ao trabalho desenvolvido por estes profissionais de enfermagem em Unidades de Média Duração e Reabilitação, assim como o grau de satisfação destes utilizadores de cuidados.

Apesar de tudo, analisando os resultados do estudo, a metodologia utilizada, face à questão de investigação que nos levou a efetuar este estudo, podemos afirmar que o presente estudo permitiu esclarecer ideias e conceitos, fornecer dados importantes para refletir as práticas em uso nesta tipologia de unidades da RNCCI, as Unidades de Média Duração e Reabilitação, assim como o reconhecimento de problemas reais que podem ser alvo de futuros estudos de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, S. S. E. e CALDAS, C. P. Velocidade de marcha, equilíbrio e idade: Um estudo correlacional entre idosos praticantes e idosos não praticantes de um programa de exercícios terapêuticos. *Revista Brasileira de Fisioterapia* [Em linha]. 2008. vol. 12, nº 4, pp. 324-330. [consult. 25 maio 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n4/a12v12n4.pdf>.

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. *Resource Manual for Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. 5ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2006.

ANDRADE, L. et al. Papel da enfermagem de reabilitação física. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2010, vol. 63, nº 6, p.1056-1060.

ALBINO, Igna, et al. Influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 2012, vol. 15, nº1, ISSN 1809-9823. Rio de Janeiro.

ALMEIDA, A. *Reconstrução da autonomia face ao autocuidado após um evento gerador de dependência – estudo exploratório no contexto domiciliário*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Universidade do Porto, 2009. Dissertação de Mestrado.

ALMEIDA, S. e FREIRE, T. *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. 3ª ed. Braga: Psiquilibrios Edições. 2003.

ALMEIDA, H. *A unidade funcional de saúde – impacto nos barómetros do sistema de saúde português, XXVI Curso de Administração Hospitalar 1996-1998*. Escola Nacional de Saúde Pública, p. 10-56. 1999.

ALVES, L., et al. *A influência das doenças crónicas na capacidade funcional dos idosos no Município de São Paulo* [Em linha]. Rio de Janeiro, 2007 [consult. em 28 junho 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800019

ARAÚJO, F., et al. Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2007, vol. 25, Sup. 2, pp. 59-56.

ARAÚJO, M.; FLÓ, C. e MUCHALE, S. *Efeitos dos exercícios resistidos sobre o equilíbrio e a funcionalidade de idosos saudáveis: artigo de revisão*. Fisioterapia e Pesquisa. São Paulo. 2010. vol.17, nº 3, pp.277-283. ISSN 1809-2950.

ARRUDA, L. *Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão*. Lisboa: Santa Casa da misericórdia de Lisboa, 2006.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE REABILITAÇÃO (APER). *Contributos para o plano nacional de saúde 2011-2016*. Associação Portuguesa dos Enfermeiros de Reabilitação. 2010.

BAEK, S., et al. Validity of the Morse Fall Scale implemented in an electronic medical record system. *J Clin Nurs*, 2013.

BALTACI, J. e KOHL, W. H. Does proprioceptive training during knee and ankle rehabilitation improve outcome? *Physical Therapy Reviews*, 2003, nº8, pp. 5-16.

BASTO, M. L. Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: uma proposta de um percurso. *Revista Pensar Enfermagem*, 2009, vol. 13, nº2, pp. 11-18. ISSN 0873-8904.

BERG, K. O., et al. Measuring balance in the elderly: preliminary development of an instrument. *Physiotherapy Canada*, 1989, vol. 41, nº6, pp. 304-311, Canada.

BERNANDI, D., REIS, M. e LOPES, N. *O Tratamento da Sarcopenia através do Exercício de Força na Prevenção de Quedas em Idosos: Revisão de Literatura*. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde, 2008. vol. XII, nº2, pp. 197-213.

BOBATH, B. *Adult Hemiplegia: Evaluation and Treatment*. 3rd edition. Oxford: Butterworth Heinemann. 1990.

BOECHAT, Júlio, et al. A síndrome do imobilismo e seus efeitos sobre o aparelho locomotor do idoso. *Revista Científica Internacional*, 2012, vol. 1, nº 5, pp. 89-193. Rio de Janeiro. ISSN 1679-9844.

BORGHNETH, L. Considerações sobre o processo de reabilitação. *Acta fisiátrica*, vol 11, nº 2, pp.55-59.

BOTELHO et al. Epidemiologia explicada – valor de prova (p) [Em linha] 2008, 25; 3: 55-57. [consult. 10 setembro 2017]. Disponível em: www.apurologia.pt

BRANCO, T., SANTOS, R. *Reabilitação da Pessoa com AVC*. Coimbra: Formasau, 2010. ISBN 978-989-8269-09-6.

BRATAS, O. et al. Characteristics of patients with chronic obstructive pulmonary disease choosing rehabilitation. *Journal of rehabilitation medicine*, 2010, vol. 42, Sup. 4, pp. 362-367.

BRODY, L. T. e HALL, C. M. *Exercício Terapêutico: na busca da função*. 1ª edição, 2001.

BULKSMAN, S., VILELA, A. L. Instabilidade postural e quedas. In: SALDANHA, A. L. e CALDAS, C. P. *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência, 2004, pp. 208-218.

BURTON, C. e GIBBON, B. Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *Journal of Advances Nursing*, 2005. vol. 52, Sup. 6, pp. 640-650, Reino Unido.

CAMPOS, A. *As Portuguesas têm uma esperança de vida que é das maiores do mundo, mas desfrutam de menos anos saudáveis do que as mulheres dos países mais bem classificados da europa. Uma diferença que pode chegar a uma década*. [Em linha]. Lisboa, 2014 [consult. maio 22 junho 2017] Disponível em: [www:http://www.ulisboa.pt/wp-content/uploads/Portuguesas-vivem-cada-vez-mais-tempo-ascom-menos-sa%C3%BAde.pdf](http://www.ulisboa.pt/wp-content/uploads/Portuguesas-vivem-cada-vez-mais-tempo-ascom-menos-sa%C3%BAde.pdf)

CAMPOS, A. *Reformas da Saúde: o fio condutor*. Coimbra: Edições Almedina. 2008. ISBN 978-972-40-3604-5.

CARVALHO, J., PINTO, J. e MOTA, J. Actividade física, equilíbrio e medo de cair. Um estudo em idosos institucionalizados. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2007, vol. 7, nº 2, pp. 225-231.

CARVALHO, J., MOTA, J. *Atividade física na terceira idade*. 1ª ed. Oeiras: Câmara Municipal de Oeiras. 2002. ISBN 972-8508-56-5.

CARVALHO, M. I. L. B. Modelos de Política de Cuidados na Velhice em Portugal e em Alguns Países Europeus. *Revista Kairós Gerontologia*, 2009. São Paulo.

CHEN, J. J. e YANG, R. K. The future of UIHC rehabilitation services: Defining and measuring quality rehabilitation services. *The Iowa Orthopaedic Journal*, 2009, 29, 139.

COMISSÃO DE ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. Enfermagem de Reabilitação e Cuidados Continuados: consolidação de premissas antigas ou um novo desafio. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 2010, nº 33, pp. 22-27. ISSN 1646-2629.

COSTA, M. Prefácio I. In: COSTA, M. et al. *Enfermagem de reabilitação: Coletânea de textos*. Coimbra: Formasau, 2010.

COUTO, F. B. D. *Perfil de Idosos ativos participantes de um grupo de terceira idade do Município de ITU que sofreram quedas*. Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, programa de Pós-graduação em Gerontologia, 2006. Dissertação de Mestrado.

CUNHA, A., CARDOSO, L. O. e OLIVEIRA, V. C. T. F. Autocuidado: Teoria de Enfermagem de Dorothea Orem. *Sinais Vitais*, 2005, nº 61. pp. 36-40. Coimbra. ISSN 0872-0844.

DECRETO-LEI nº 101/2006. D.R. I Série A. Nº109 (2006-06-06)

DESHAIES, Bruno. *Metodologia da Investigação em ciências humanas*. Lisboa: Instituto Piaget, 1992.

DESPACHO nº 19 040/2006. D.R. II Série. Nº 181 (2006-09-19), pp. 19247-19248.

DIAS, A., SANTANA, S. Cuidados Integrados: um novo paradigma na prestação de cuidados de saúde. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão* [Em linha. 2009, vol 8, nº 1. [consult. 17 maio 2017], p.12-20. Disponível em: <URL: http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S1645-4464200900010003&script=sci_arttext>

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Criação e Implementação da Via Verde de Sepsis*. Circular Normativa da Saúde, 2010.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). *Direção dos serviços de planeamento de unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento* [Em linha]. Lisboa, 2001 [consult. em junho 2017]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005663.pfd>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE. *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Circular Normativa nº 13/DGCG, de 2 de Julho, 2004.

DUCA, D., SILVA, G. e HALLAL, M. Como está a independência dos idosos para a realização de atividades de vida diária? [Em linha]. Pelotas, 2009 [consult. em 23 junho 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext_pr&pid=S0034-89102009010600001

ERGEN, E. e ULKAR, B. Proprioception and ankle injuries in soccer. *Clinics in Sports Medicine*, 2008, Sup. 27, pp. 195-217.

ESTATUTO DO SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE, Lei nº 11/93, Ministério da Saúde, 1993.

FARIA, L. e MARINHO, C. Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida na Terceira Idade. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 2004, vol. 6, Sup. 001, pp. 93-104.

FARO, A. C. M. Enfermagem em Reabilitação: Ampliando os horizontes, legitimando o saber. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2006, vol. 40, Sup. 1, pp. 128-133.

FERRO, J. e PIMENTEL, J. *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel. 2006. ISBN 978-972-757-368-4.

FERRO, J., et al. Recomendações para o Tratamento do AVC Isquémico. In: the European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. Lisboa, 2008, pp 1-125.

FILIPE, A., AFONSO, C. e LIMA, G. O utente submetido a artroplastia total da anca: Cuidados de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, 2007, Sup. 71, pp. 53-56.

FORTIN, M. *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta. 2009. ISBN 978-989-8075-18-5.

FORTIN, Marie-Fabienne. *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. 2ª ed. Loures: Lusodidacta. 1999. ISBN 972-8383-10-X.

FREITAS, A. et al. O Regresso a casa do doente hemiplégico: organização da família para promover o bem-estar. In: COSTA, M., GOMES, B. e MARTINS, M. *Enfermagem de reabilitação: Coletânea de textos*. (312-313), 2010. Coimbra: Formasau.

FRICKE, J. *Activities of Daily Living*. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE), 2010.

GALLON, D., et al. The effects of stretching on the flexibility, muscle performance and functionality of institutionalized older women. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 2011, vol. 44, nº3, pp. 229-235. ISSN 1414-431X. 2011.

GESAWORLD. *Relatório Final da Fase I de Diagnóstico da Situação Atual* [Em linha]. Lisboa: Gesaworld, 2005. [consult. em março 2017]. Disponível em: WWW:<URL:http://www.portugal.gov.pt/pt/Documentos/Governo/MS/Diagnostico_Rede_Cuidados_Cont_Integrados_Saude.pdf>.

GOBLE, D. J., et al. Proprioceptive sensibility in the elderly: degeneration, functional consequences and plastic-adaptive processes. *Neurosci Biobehav Rev*, 2009, vol. 33, Sup.3, pp. 8-271.

GONÇALVES, S. Cuidados Continuados Integrados. In: SIMÕES, J. *30 Anos Do Serviço Nacional De Saúde: um percurso comentado*. Coimbra: Edições Almedina, 2010. ISBN 978-972-40-4110-0.

GRANDO, V., et al. A Trial of a Comprehensive Nursing Rehabilitation Program for Nursing Home Residents Post. *Hospitalization.Gerontological Nursing*, 2009, vol.2, nº1, pp. 12-19.

GUERREIRO, Inês. Cuidados Continuados e Paliativos – Desafios. *Revista de Gestão de Saúde* [Em linha]. 2006, nº4. [consult. 30 abril de 2017], p.21-28. Disponível em: URL:<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/EAEDB7E0-5355-4C8E-B1C0-4B28144F399B/0/GestãoeSaúden22.pdf>>.

HESBEEN, W. *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-43-6.

HOEMAN, S. P. *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo*. Loures: Lusociência: ISBN:972-8383-13-4. 2011.

HUBER, F., WELLS, C. *Exercícios Terapêuticos. Planeamento do tratamento para progressão*. 1ª ed. Loures: Lusociência. 2006. ISBN 978-989-8075-11-6.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Censos 2011: resultados provisórios* [Em linha]. Lisboa, 2011 [consultado em fevereiro 2017]. Disponível em: [www: URL:http://www.ine.pt](http://www.ine.pt) >

ICN. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 2.0 (CIPE® versão 2 – Tradução oficial Portuguesa)*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2011.

JANUÁRIO, J. *Resultados das Intervenções do Enfermeiro de Reabilitação na Pessoa no Serviço de Medicina Interna dos Hospitais da Universidade de Coimbra* [Em linha]. Coimbra, 2013 [consult. em 20 agosto 2017]. Disponível em: https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/23246/1/Jos%C3%A9%20Carlos%20Janu%C3%A1rio_Disserta%C3%A7%C3%A3o%20_%5BMGES%5D-%5B2013%5D.pdf

JOHNSTONE, M. *O Doente Hemiplégico: Princípios de Reabilitação*. São Paulo: Editora Manole, 1979.

KALISH, B., LEE, S. e DABNEY, B. *Outcomes of inpatient mobilization: a literature review* [Em linha]. Michigan, 2013 [consult. em julho. 2017]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24028657>

KEARNEY, P. e LEVER, S. Rehabilitation nursing: invisible and underappreciated therapy. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 2010, vol. 17, Sup. 8, pp. 394-395.

KISNER, C. e COLBY, L. *Exercícios terapêuticos. Fundamentos e técnicas*. 4ª ed. Tamboré: Editora Manole, pp. 841. 2005. ISBN 85-204-1574-1.

LEPHART, S. M., et al. The rule of proprioception in the management and rehabilitation of athletic injuries. *The American Journal of Sports Medicine*, 1997, vol. 25, Sup. 1, pp. 130-137.

LEITE, V. B. E. e FARO, A. C. M. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. *Rev Esc Enferm USP*, 2005, vol. 39, nº 1, pp. 92-96. São Paulo.

LIN, S. I. Motor function and joint position sense in relation to gait performance in chronic stroke patients. *Arch Phys Med Rehabil*, 2005, vol. 86, Sup. 2, pp. 197-203.

LIMA-COSTA, M., FILHO, A. e MATOS, D. *Tendências nas condições de saúde e uso de serviços de saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* [Em linha]. Rio de Janeiro, 2007 [consult. em 21 março 2017]. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X2007001000021

LOPES, M., PASSERINI, C. e TRAVENSOLO, C. *Eficácia de um protocolo fisioterapêutico para equilíbrio em idosos institucionalizados*. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde. Londrina. vol. 31, nº2, pp. 143-152. 2010.

LOURENÇO, C. A. M. e MENDES, R. M. N. Traumatismo crânio encefálico: um trauma familiar. *Sinais Vitais*. Coimbra, 2010, nº 90, pp. 49-59. ISSN-0872-0844.

LOURENÇO, C. A. M. e MENDES, R. M. N. Reabilitação em cuidados intensivos: reflexão crítica. *Nursing*, 2011, Sup. 23, pp. 2-6.

LOPES, M., et al. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016 Cuidados: Continuados Integrados em Portugal – analisando o presente, prespectivando o futuro* [Em linha]. Évora, 2010 [consult. 18 janeiro 2017]. Disponível em: URL:http://www.acs.min_saude.pt/pns2010-2016/CSC.pdf>.

MACIEL, E., PEREIRA, F. e SOUSA, I. Juízo clínico produzido pelo enfermeiro, acerca do potencial de reconstrução da autonomia no autocuidado numa amostra de clientes dependentes. In: VIEIRA, M., ARAÚJO, B. e DEODATO, S. *9th International Seminar on Nursing Research Proceedings*, 2015a.

MAROCO, J. *Análise Estatística – Com utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Edições Silabo. 2007. ISBN 978-972-618-452-2.

MARTINS, M. M. *Uma crise acidental na Família: O utente com AVC – Processos familiares/aceitação/dependência*. Coimbra: Formasau. 2002.

MATOS, C. *As habituais alterações no quotidiano da família face à ocorrência de um Acidente Vascular Cerebral junto de um dos seus elementos* [Em linha]. Porto, 2008. [consult. em 19 março 2017] Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1037/3/13480.pdf>

MATSUDO, S. *Atividades Físicas para a terceira idade*. Brasília: Sensi-Dn.

MCEWEN., N. e WILLS, E. *Bases teóricas para a Enfermagem*. 2ª ed. Artmed. Porto alegre. 2009.

MEDICAL RESEARCH CONCIL *Aids to the Investigation of Peripheral Nerve Injuries*. London, England: Her Majesty's Stationery Office. 1976.

MEDICAL RESEACH CONCIL. *Aids to the Investigation of Peripheral Nerve Injuries*. London, England: Her Majesty's Stationery Office. 1997.

MELO, F. O comportamento postural no idoso. In: BARREIROS, J., ESPANHA, M. e CORREIRA, P. *Atividade física e envelhecimento*. Cruz Quebrada: Faculdade de Motricidade Humana, 2006. pp. 133-119. ISBN 972-735-133-6.

MELO, M. B. M. P. *Autocuidado em Utentes com Hemiplegia: Cuidados Continuados de Convalescença*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2010. Dissertação de Mestrado.

MENOITA, E. et al. *Reabilitar a Pessoa Idosa com AVC: Contributos para um envelhecer Resiliente*. Loures: Editora Lusociência. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL. *Cuidados de Saúde e Cuidados de Longa Duração* [Em linha]. Lisboa, 2005 [consult. em 17 maio 2017]. Disponível em: <URL: http://cuidadoscontinuados.no.sapo.pt/conteudos/relatorio_preliminar.pdf>.

MONNIN, D., PERNEGER, T. V. Scale to measure patient satisfaction with physical therapy. *Physical Therapy*, 2002, vol. 82, Sup. 7, pp. 682-691.

MORSE, J. M. *Preventing patients falls: Establishing a fall intervention program*. 2nd ed. New York, NY: Springer. Publishing Company. 2009.

MORSE, J. M. The safety of safety research: The case of patient fall research. *Canadian Journal of Nursing Research*, 2006, vol. 38, Sup. 2, pp. 74-78.

MORSE, J. M., MORSE, R. M. & TYLKO, S. J. Development of scale to identify the fall-prone patient. *Canadian Journal on Aging*, 2010, vol. 8, Sup. 04, pp. 366-377.

MOZZICAFREDDO, J. *Estado-providência em Portugal*. Oeiras: Celta Editora. 2001.

Norma, I. S. O. 9999/2007. Organização Internacional de Normalização.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – MCEER. *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de reabilitação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2015.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Desenvolvimento Profissional - Individualização das especialidades em enfermagem*. Lisboa: OE, 2007.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Guia de boa prática de cuidados de enfermagem à pessoa com traumatismo vertebro-medular*. Caderno OE. I(2). 2009.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Parecer nº12/2011* [Em linha]. Lisboa: MCEER, 2011b [consult. 17 maio 2017].

Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer12_MCEER_18_11_2011_ActividadesVidaDiaria_AVD.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Plano Nacional de Saúde (PNS) – Orientações estratégicas, contributos/ posição da Ordem dos Enfermeiros. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 2003, nº10, pp. 7-13. ISSN 1646-2629.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados – Referencial do Enfermeiro*. (Conselho de Enfermagem). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. 2009a.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Reabilitação*. Lisboa: OE, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação [Em linha]. Lisboa, 2011 [consult. em 23 de Agosto 2017]. Disponível em: [file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/PQCEEReabilitacao%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/PQCEEReabilitacao%20(2).pdf)

OREM, DOROTHEA E. *Modelo de Orem: Conceptos de enfermeria en la práctica*. Barcelona: Masson. 1993.

OREM, DOROTHEA E. *Nursing: Concepts of Practice*. 6ªed. Mosby, St Louis. 2001.

OSTROWSKA, B., et al. *Evaluation of balance and gait in the elderly residents of a nursing home*. *Fizioterapia*. vol. 16, nº4, pp. 40-48. 2010. ISSN 1230-8383.

PAFIS, G. I., GODOLIAS, G. Balance Training programs for soccer injury prevention. *Physical Training*, 2007, vol. 2, Sup. 1.

PEREIRA, M. A reabilitação psicossocial no atendimento em saúde mental: estratégias em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2007, vol. 15, Sup. 4, pp. 658-664.

PESTANA, M. J. e GAGEIRO, J. *Análise de dados para Ciências Sociais – A complementariedade do SPSS*. 4ª ed. Lisboa: Edições Sílabo. 2005. ISBN 972-618-391-X.

PETRONILHO, F. *Autocuidado: conceito Central da Enfermagem*. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 2012. ISBN 978-989-8269-17-1.

PETRONILHO, F. A. S., et al. Caracterização do utente após evento crítico: impacto da (in)capacidade funcional no grau de dependência no autocuidado. *Sinais Vitais*, 2010, Sup. 88, pp. 41-47.

PETRONILHO, F. A. S. *Preparação do regresso a casa*. Coimbra: Formasau, 2007.

POCINHO, M. *Manual de estatística. Volume I: Teoria e exercícios passo-a-passo*. [Em linha]. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga, 2009 [consult. 5 março 2017]. Disponível em: http://docentes.ismt.pt/~m_pocinho/Sebenta_estatistica%20I.pdf.

PORTUGAL. Regulamento nº 125/2011. *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. D.R. 2ª Série, 2011, nº 35, pp. 8658-8659.

QUEIRÓS, P. Autocuidado, transições e bem-estar – *Revista investigação em Enfermagem*, 2010, Sup. 21, pp.5-7.

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, V. L. *Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajectos*. Lisboa: Gradiva. 1992.

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República nº 35/2011 – II Série*. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento nº 125/2011. *Regulamento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros – MCEER. Diário da República, 2ª série, nº 35. 2011.

Regulamento nº350/2015. *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Ordem dos Enfermeiros – MCEER. Diário da República, 2ª série, nº 119. 2015.

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, artigo 4º.

REIS, F. L. *Como Elaborar uma Dissertação de Mestrado segundo Bolonha*. Lisboa: Lidel-edições técnicas, Lda.. 2010. ISBN 978-989-693-000-4.

REIS, V. Que o Futuro para o Serviço Nacional de Saúde? *Revista da Ordem dos Farmacêuticos* [Em linha]. 2008, nº81, pp. 51-54. [consult. em 7 fevereiro 2017] Disponível em:
<URL:http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/doc2553.pdf>.

REPE. DECRETO-LEI nº 161/96 de 4 de Setembro, artigo 4º.

RIBEIRO, J. L. P. *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi. 1999.

RICARDO, R. *Avaliação dos ganhos em saúde utilizando o Índice de Barthel, nos doentes com AVC em fase aguda e após a alta, com intervenção de Enfermagem de Reabilitação*. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Saúde. 2012.

RICARTE, L. F. *Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande*. Instituto de Ciência Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2009. Dissertação de mestrado.

RODRIGUES, R. *Avaliação Comunitária de Uma População de Idosos: da funcionalidade à utilização de serviços*. 1ª ed. Coimbra: Mar da Palavra. 2009. ISBN: 978-972-8910-40-2

ROSEMANN, T., et al. Satisfaction of osteoarthritis patients with provided care is not related to the disease-specific quality of life. *Journal of Evaluation in clinical Practice*, 2009, vol. 15, Sup. 3, pp. 486-491.

ROZZI, S., et al. Role of fatigue on proprioception and neuromuscular control. In: LEPHART, S. M. e FU, F.H. *Proprioception and neuromuscular control in joint stability*. Champaign, IL: Human Kinetics, 2000, pp. 375-384.

SANGLARD, R. C. F. e PEREIRA, J. S. A influência do isostretching nas alterações dos parâmetros da marcha em idosos. *Revista Fisioterapia Brasil*, 2005, vol. 6, Sup. 4, pp. 255-260.

SANTOS, M. F., et al. Sentimentos do familiar cuidador face à intervenção do enfermeiro de reabilitação. *Revista de Investigação em enfermagem*, 2009, nº 19, pp. 15-24. Coimbra. ISSN-0874-7695.

SANTOS, P., RABIAIS, I. Trauma e reabilitação: que modelo de intervenção numa perspetiva da qualidade no cuidado? In: VIEIRA, M., ARAÚJO, B. e DEODATO, S. 9th International Seminar on Nursing Research Proceedings, 2015.

SEQUEIRA, C. *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora. 2007.

SEQUEIRA, C. *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel. 2010.

SERRANO, M. T. P., COSTA A. M. e COSTA, N. M. Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista Referência*, 2011, III Série, nº 3, pp. 15-23. ISSN 0874.0283.

SHI, L. Continuing care. *Nursing & Health Journal*, 2008, pp. 6-10.

SILVA, A., et al. Equilíbrio, coordenação e agilidade de idosos submetidos à prática de exercícios físicos resistidos. *Revista Brasileira de Medicina e Esporte* [Em linha]. 2007, nº 14 (2), pp. 88-93. [consult. 10 abril 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v14n2/01.pdf>.

SOMMERFELD, D. M. e von ARBIN, M. H. The impact of somatosensory function on activity performance and length of hospital stay in geriatric patients with stroke. *Clin Rehabil*, 2004, vol. 18, Sup. 2, pp. 55-149.

SOUSA, V. D., DRIESSNACK, M. e MENDES, I. A. C. – Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 2007, vol. 15, Sup. 3, pp. 1-6.

STILLMAN, B. Making sense of proprioception: the meaning of proprioception, kinaesthesia and related terms. *Physiotherapy*, 2002, vol. 88, Sup. 11, pp. 667-676.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS. *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Lisboa: UMCCI. 2009.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. *Manual do Prestador – recomendações para a melhoria contínua*. Lisboa: UMCCI. 2011.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS. *Orientações Gerais de Abordagem Multidisciplinar e Humanização em Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: UMCCI. 2007b.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS. *Relatório de Monitorização da Rede Nacional de Cuidados Continuados (RNCCI)*. 2012.

URBANETTO, J. S., et al. Morse fall scale: Translation and transcultural adaptation for the Portuguese language. *Rev Esc Enferm USP*, 2013, vol. 47, Sup. 3, pp. 569-575.

TAYLOR, S. G. e Dorothea E. O. La teoría enfermera del déficit de autocuidado. In: MARRINER-TOMEY, Ann e ALLIGOOD, M. R. *Modelos y Teorias en enfermería*. 5ª ed. Madrid: Mosby, 2003.

THEUERKAUF, A. Autocuidado e atividades da vida diária. In: Hoeman, S.. *Enfermagem de Reabilitação: Processo e Aplicação*. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2011, pp. 173-208.

TYSON, S. F., et al. Sensory loss in hospital-admitted people with stroke: characteristics, associated factors, and relationship with function. *Neurorehabil Neural Repair*, 2008, vol. 22, Sup. 2, pp.166-72.

WINWARD, C. E., HALLIGAN, P. W. e WADE, D. T. Current practice and clinical relevance of somatosensory assessment after stroke. *Clin Rehabil*, 1999, vol. 13, Sup. 1, pp. 48-55.

ANEXOS

Anexo I - Autorização do estudo

PARECER N.º 23

A Comissão de Ética para a Saúde do Hospital-Escola da Fundação Fernando Pessoa (CES-HE-FFP) dá parecer positivo ao projeto **"Impacto das intervenções do Enfermeiro Especialista em Reabilitação (EER) nos Doentes Internados numa Unidade de Média Duração - Antes e Após "** apresentado por Daniela G. Fernandes.

Jorge Rodrigues

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital-Escola da Fundação
Fernando Pessoa

30.01.2017

**Anexo II – Declaração do consentimento informado livre e esclarecido para
participação num projeto de investigação**

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo (em português):

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----
-----,

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos e os métodos e, se ocorrer uma situação de prática clínica, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método ou o tratamento, se for caso disso, propostos pelo investigador.

Data: ____/____/200__

Assinatura do doente ou voluntário

*são:*_____

O Investigador responsável:

Nome:

Assinatura:

**Anexo III – Questionário elaborado para o efeito, com o objetivo de
caracterizar e avaliar a amostra**

Data da 1ª avaliação: __/__/__ Data da 2ª avaliação: __/__/__

Antes do programa

Após programa

1. Idade:

2. Nível de escolaridade: Nenhum ☐ 1º ciclo ☐ 2º ciclo ☐ 3º ciclo ☐ Ensino Secundário ☐ Ensino Superior ☐

3. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

4. Estado civil: Casado/União de facto ☐ Solteiro ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐

5. Proveniência: Domicílio ☐ Lar ☐ Outro _____

6. Prestador de cuidados: Não ☐ Sim ☐ Qual? _____

7. Tempo de imobilidade:

8. Diagnóstico Principal: _____

Avaliação Funcional - Avaliação Motora

Força muscular (Escala de Council)

Local

M.S.D

Proximal

Médio

Distal

M.S.E.
M.I.D.
M.I.E

Avaliação Funcional - Sensibilidade

		Sensibilidade			Profunda/Proprioceptiva
Tipo		Dolorosa	Térmica	Táctil	
Local					
M.S.D					
M.S.E.					
M.I.D.					
M.I.E					

Avaliação Funcional - Atividades de Vida Diárias

ÍNDICE DE BARTHEL		
Alimentação	10	INDEPENDENTE – capaz de utilizar qualquer talher. Come em tempo razoável.
	5	AJUDA – Necessita de ajuda para cortar, barrar com manteiga, etc.
	0	DEPENDENTE
Banho	5	INDEPENDENTE – lava-se por completo no duche ou banho imersão, ou seja, usa a esponja por todo o corpo. Entra e sai da banheira. Pode fazer tudo sem ajuda de outra pessoa.
	0	DEPENDENTE

Vestuário	10	INDEPENDENTE – Veste-se, despe-se e arruma a roupa. Ata os cordões dos sapatos. Coloca cinta para hérnia ou o colete se necessário.
	5	AJUDA – Necessita de ajuda, mas realiza pelo menos metade das tarefas em tempo razoável.
	0	DEPENDENTE
Higiene Pessoal	5	INDEPENDENTE – Lava o rosto, as mãos, escova os dentes, etc. Barbeia-se e utiliza sem problemas a tomada elétrica, no caso de aparelho elétrico.
	0	DEPENDENTE
Dejeções	10	CONTINENTE – Não apresenta episódios de incontinência. Se são necessários enemas ou supositórios, coloca-os por si.
	5	INCONTINENTE OCASIONAL – Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sondas ou outro dispositivo.
	0	INCONTINENTE
Micção	10	CONTINENTE – Não apresenta episódios de incontinência. Quando faz uso de sonda ou outro dispositivo, toma suas próprias providências.
	5	INCONTINENTE OCASIONAL – Apresenta episódios ocasionais de incontinência ou necessita de ajuda para o uso de sonda ou outro dispositivo.
	0	INCONTINENTE
Uso do sanitário	10	INDEPENDENTE – Usa a sanita ou urinol. Senta-se e levanta-se sem ajuda (embora use barras de apoio). Limpa-se e veste-se sem ajuda.
	5	AJUDA – Necessita de ajuda para manter o equilíbrio, limpar-se e vestir a roupa.
	0	DEPENDENTE
Passagem Cadeira-Cama	15	INDEPENDENTE – Não necessita de qualquer ajuda, utiliza a cadeira de rodas, faz isso independentemente.
	10	AJUDA MÍNIMA – Necessita de ajuda ou supervisão mínimas.
	5	GRANDE AJUDA – É capaz de sentar-se mas necessita de assistência total para a passagem.
	0	DEPENDENTE
Deambular	15	INDEPENDENTE – Pode andar sem ajuda por até 50 metros, embora utilize bengalas,

muletas, próteses ou andarilhos.

10 AJUDA – Pode andar até 50 metros, mas necessita de ajuda ou supervisão.

5 INDEPENDENTE EM CADEIRA DE RODAS – Movimenta-se na cadeira de rodas, pelo menos 50 metros.

0 DEPENDENTE

Escadas	10 INDEPENDENTE – É capaz de subir ou descer escadas sem ajuda ou supervisão, embora necessite de dispositivos como muletas ou bengala ou se apoie no corrimão.
	5 AJUDA – Necessita de ajuda física ou supervisão.
	0 DEPENDENTE
Total	

Avaliação Funcional - *Mobilidade e equilíbrio estático e dinâmico*

1. Equilíbrio sentado	Escorrega	0
	Equilibrado	1
2. Levantando	Incapaz	0
	Usa os braços	1
	Sem braços	2
	Incapaz	0
3. Tentativas de levantar	Mais de uma tentativa	1
	Única tentativa	2
4. Assim que levanta (primeiros 5 segundos)	Desequilibrado	0
	Estável, mas usa suporte	1
	Estável, sem suporte	2
	Desequilibrado	0
5. Equilíbrio em pé	Suporte ou base de sustentação > 12 cm	1
	Sem suporte e base estreita	2
6. Teste dos três tempos	Começa a cair	

	Agarra ou balança (braços)	1
	Equilibrado	2
	Desequilibrado, instável	0
7. Olhos fechados (mesma posição do item 6)		
	Equilibrado	1
8. Girando 360°	Passos descontínuos	0
	Passos contínuos	1
	Instável (desequilíbrio)	0
	Estável (equilibrado)	1
9. Sentado	Inseguro (erra a distância, cai na cadeira)	0
	Usa os braços ou movimentação abrupta	1
	Seguro, movimentação suave	2
Total Escala Avaliação do Equilíbrio		
10. Início da Marcha	Hesitação ou várias tentativas para iniciar	0
	Sem hesitação	1
11. Comprimento e altura dos passos	a) Pé direito	
	- não ultrapassa o pé esq.	0
	- ultrapassa o pé esq.	1
	- não sai completamente do chão	0
	- sai completamente do chão	1
	b) Pé esquerdo	
	- não ultrapassa o pé dto.	0
	- ultrapassa o pé dto.	1

	- não sai completamente do chão	0
	- sai completamente do chão	1
12. Simetria dos Passos	Passos diferentes	0
	Passos semelhantes	1
13. Continuidade dos passos	Paradas ou passos descontínuos	0
	Passos contínuos	1
14. Direção	Desvio nítido	0
	Desvio leve ou moderado ou uso de apoio	1
	Linha reta sem apoio (bengala ou andador)	2
15. Tronco	Balanço grave ou uso de apoio	0
	Flexão dos joelhos ou dorso ou abertura dos braços	1
	Sem flexão, balanço, não usa os braços ou apoio	2
16. Distância dos tornozelos	Tornozelos separados	0
	Tornozelos quase se tocam enquanto anda	1
<u>Total Escala Avaliação da Marcha</u>		

Avaliação Funcional - Risco de quedas

		Pontos	Score
História de quedas nos últimos 3 meses	Não	0	
	Sim	25	
Diagnóstico Secundário	Não	0	
	Sim	15	
Ajuda na Mobilização			
Acamado/Repouso no leito		0	

Bengala/Andarilho/Canadiana	15
Aparelho/Equipamento	30
	Não 0
Terapia Endovenosa	Sim 20
Marcha	
Normal/Acamado/Cadeira de Rodas	0
Lenta	10
Alterada/Cambaleante	20
Estado Mental	
Orientado	0
Desorientado/Confuso	15
<hr/>	
	Total
<hr/>	

Anexo IV – Programa de reabilitação

Legenda	
Autocuidado	
Mobilização articular/Fortalecimento muscular	
Treino de equilíbrio/Marcha	
Treino proprioceptivo	

	1ºdia	2ºdia	3ºdia	4ºdia	5ºdia	6ºdia
Higiene Pessoal: higiene oral, pentear, lavar as mãos e face e fazer a barba						
Alimentação: utilizar talheres; comer em tempo razoável						
Banho: lavar o corpo do pescoço aos pés (excluindo as costas)						
Vestir metade superior: vestir da cintura para cima						
Vestir metade inferior: vestir da cintura para baixo						
Utilização da sanita: higiene perineal, despir e vestir roupa antes e depois da utilização da sanita						
Controlo de esfíncteres: controlo da bexiga/fezes- controlo completo e intencional da bexiga/defecação e utilização dos meios necessários ao controlo vesical. Exercícios de Kegel						
Mobilidade – transferências: leito/cadeira, cadeira/leito, sentar-se/levantar-se sanita						
Locomoção: marcha/cadeira de rodas, andar de pé/cadeira de rodas em superfície plana. Escadas: subir e descer 1 lanço de escadas de 12 a 14 degraus						

Comunicação/expressão: orações curtas sem muita informação; proporcionar tempo para responder e trocar de assunto; organizar perguntas de forma a serem respondidas com sim, não ou alguma outra forma de resposta; associar objetos às palavras; enunciar/repetir palavras						
Cognição Social: interação social, resolução de problemas, memória						
Alongamentos passivos ou ativos-assistidos						
Mobilizações passivas, ativas-assistidas ou ativas-resistidas dos membros superiores e inferiores						
Automobilizações						
Dissociação de cinturas – escapular e pélvica						
Ponte						
Exercícios sincronizados para membros superiores com bastão e bola						
Exercício isométricos membros inferiores						
<i>Push-ups</i>						
Alcance de objetos						
Exercícios músculo-articulares da face: técnica de massagem facial, mímica da face e língua						
Exercícios mentalizando o movimento						
Trocas posturais (deitado e deslocar-se no leito, virar para o lado, deitado para sentado, sentado para deitado, sentado para em pé e em pé para sentado)						
Treino de marcha com/sem apoio						
Exercícios em pé ao fundo da cama						
Exercícios de coordenação: contornar obstáculos no solo						
Sentar em bola de pilates						
Talas de <i>Margareth</i>						
Sentado, usar os pés para segurar e elevar a bola						
Rolar na planta dos pés bola picotada						
Agarrar bolas de vários tamanhos e texturas						
Transposição de obstáculos colocados no solo						

Anexo V – Comunicação livre



**JORNADAS
Enfermagem
de Reabilitação**

Certifica-se que:

DANIELA GOMES FERNANDES

*esteve presente nas
**Jornadas de Enfermagem de Reabilitação:
O caminho já percorrido, Um olhar para o futuro,**
que decorreram no Auditório do CIM-FMUP,
nos dias 20 e 21 de Abril de 2017.*

*Apresentou a comunicação oral com o título "Impacto das intervenções
do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação (EEER) nos
doentes internados numa unidade de média duração e reabilitação
(UMDR)" que obteve o segundo lugar no concurso de comunicações
livres.*

Pela Comissão Organizadora

Pela Comissão Científica



SÃO JOÃO

| Serviço de Medicina Física e de Reabilitação



Após certificação

